



**UNIVERSIDADE DO MINHO
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**

CURSO DE LICENCIATURA EM ENFERMAGEM

**TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO
ANO LETIVO 2018/2019 – 4º ANO**

Autora: Dúnia Micaela da Veiga Andrade Nº3820

Mindelo, 2019

Trabalho apresentado à Universidade do Mindelo como parte dos requisitos para
obtenção do grau de licenciatura em enfermagem.

**A Família e a promoção de adesão ao tratamento medicamentoso em
utentes portadores de doença mental: Intervenção do enfermeiro.**

Discente:

Dúnia Andrade

Orientadora:

Mestre Suely Reis

Mindelo, 06 de setembro de 2019

“Pedras no caminho? Guardo todas. Um dia vou fazer um castelo...”

(Fernando Pessoa, ano 1935)

Dedicatória

Dedico esse trabalho a minha mãe e ao meu padrasto, que fizeram o possível e impossível para que pudesse concluir a licenciatura. Obrigado pelo apoio constante ao longo deste percurso

Agradecimentos

Agradeço à Deus em primeiro lugar, a minha mãe, ao meu padrasto e a todos que me ajudaram na execução deste trabalho de extrema importância para o meu crescimento profissional.

Muito obrigado ao enfermeiro Mário Andrade do serviço de Saúde Mental do Hospital Batista de Sousa que apoiou no que foi preciso para elaboração do trabalho.

Meu especial agradecimento a minha orientadora, Mestre Suely Reis, por me ter guiado nesta fase do meu percurso académico, pela dedicação e pelo incentivo.

A todos aqueles que de uma forma ou de outra contribuíram para a execução deste trabalho, em especial aos meus colegas de profissão, um muito obrigado.

RESUMO

Os transtornos mentais têm vindo a afetar milhares de pessoas a nível mundial e Cabo Verde não é exceção, pois trata-se de um problema de saúde pública que aumenta a sua incidência dia após dia. O transtorno mental não afeta somente a pessoa em si. Os familiares acabam também por estarem envolvidos, pois após o diagnóstico a família precisa de se reorganizar para poder dar resposta as necessidades do membro que esta doente. É neste sentido que surge o presente estudo, cujo objetivo visa identificar estratégias utilizadas pelas famílias para incentivar a adesão ao tratamento por parte do membro portador de doença mental. Trata-se de um estudo de natureza qualitativa, descritiva, exploratória, fenomenológica realizada no Serviço de Saúde Mental do Hospital Baptista de Sousa. Neste estudo participaram oito (8) famílias que dedicam aos cuidados do seu membro portador de doença mental. Os dados obtidos foram recolhidos através de entrevista semiestruturada e analisados segundo a técnica de análise de conteúdo de Bardin (2002). Os resultados apontam a existência de um conjunto de dificuldades que as famílias encontram na hora da medicação dos membros portadores de doença mental e que condicionam a melhoria da saúde. Contudo, os familiares frisam que poderiam fazer melhor, mas devidos as limitações acabam por centrar-se nas técnicas aprendidas no dia-a-dia. Os resultados do estudo indicam que as famílias tem uma importante função a cumprir, cuja responsabilidade. Não obstante a geração das novas tecnologias e consequentemente os avanços das ciências da saúde, consta-se que a família é um cuidador indispensável no cuidado do ppdm acompanhando-a ao longo de todo o ciclo, estando mais próximo do utente.

Palavras-Chave: família, tratamento medicamentoso, pessoa portadora doença mental, doença mental, adesão terapêutica.

ABSTRAT

Mental disorders have been affecting thousands of people worldwide and Cape Verde is not an exception, as it is a public health problem that increase it incidence day by day. Mental disorder not only affects the person itself. Family members are also involved, because after the diagnosis, the family needs to be reorganized in order to give answers to the needs of the sick member. In that way the present study, whose objective is to identify the strategies used by families to encourage adherence of treatment by the member with mental illness. This is a qualitative, descriptive, exploratory and phenomenological study conducted at the Mental Health Service of the Dr. Baptista de Sousa Hospital. Eight (8) families participating in the care of their mentally ill member participated in this study. The information obtained was collected through semi-structured interviews and analyzed according to the content analysis technique of Bardin (2002). The results indicate the existence of a set of difficulties that families encounter at the time of medication of members with mental illness that condition the improvement of health. However, family members point out that they could do better, but due to limitations eventually focus on the techniques learned in everyday life. The study results indicate that families have an important role to play. Notwithstanding the generation of new technologies and consequently the advances in health sciences, it appears that the family is an indispensable caregiver in the care of people with mental illness accompanying them throughout the cycle, being closer to the patient.

Keywords: family, drug treatment, person with mental illness, mental illness, therapeutic adherence

LISTA DE SIGLAS

APA - American Psychiatric Association

CAPS - Centro de atenção psicossocial

CID 10 - Classificação de transtornos Mentais e do comportamento

DM - Doença mental

DSM-IV -Manual classificação das doenças

EC - Ensino Clínico

EE - Emoção expressa

EPS - Educação para saúde

EUA - Estados Unidos da América

HBS - Hospital Dr. Baptista de Sousa, São Vicente

MBS - Ministério de saúde do Brasil

NANDA - North American Nursing Diagnosis Association

NIC - Classificações das Intervenções de Enfermagem

OMS - Organização Mundial de Saúde

PPDM - Pessoa portador de doença mental

RCAAP - Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal

SCIELO - Scientific Electronic Library Online

SM - Saúde mental

VD - Visitas domiciliárias

Índice

| | |
|---|-----------|
| INTRODUÇÃO | 10 |
| Justificativa da escolha da temática..... | 12 |
| Problemática do estudo..... | 13 |
| CAPÍTULO I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO | 19 |
| 1.1 Conceitos de Doença Mental..... | 20 |
| 1.2 Fatores de risco para desenvolver uma doença mental..... | 21 |
| 1.3 Sinais e sintomas | 22 |
| 1.4. Diagnóstico..... | 23 |
| 1.5. Tratamento de Doenças Mentais: farmacológico e não farmacológico | 23 |
| 1.5.1 Tratamento farmacológico (medicamentosa) | 24 |
| 1.5.2 Fatores que dificultam a adesão a terapia medicamentosa | 25 |
| 1.5.3 Terapia não farmacológica..... | 26 |
| 1.5.4 Terapia eletroconvulsivante | 26 |
| 1.5.5 Terapias complementares | 27 |
| 1.6. Implicações da doença mental..... | 27 |
| 1.6.1 Implicações a nível económico | 28 |
| 1.6.2 Implicações na qualidade de vida | 28 |
| 1.7 Família e o impacto da doença mental na família- sobrecarga familiar..... | 28 |
| 1.8. A família como fator que influencia a adesão ao tratamento medicamentoso | 33 |
| 1.9. Modelo sistémico de família de Bowen | 33 |
| 1.10. Diagnóstico de enfermagem - North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) e Classificações das Intervenções de Enfermagem (NIC)..... | 35 |
| 1.11 Contributo da enfermagem na adesão de tratamento medicamentoso em utentes portadores de doença mental | 38 |
| CAPÍTULO II - FASE METODOLÓGICA..... | 43 |
| 2. Metodologia do estudo | 44 |
| 2.1 Tipo de estudo | 44 |
| 2.2 Métodos e instrumento de recolha de informações | 45 |
| 2.3 População alvo..... | 46 |
| 2.4 Campo Empírico..... | 46 |
| 2.5 Procedimentos Éticos e Legais | 47 |
| CAPÍTULO III - FASE EMPÍRICA | 49 |
| 3. Apresentação e Interpretação dos dados | 50 |
| 3.1. Apresentação dos entrevistados..... | 51 |
| 3.2. Análise e interpretação das categorias..... | 52 |
| 3.3. Discussão dos resultados | 60 |

| | |
|---|-----------|
| CONSIDERAÇÕES FINAIS | 64 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 66 |
| Apêndice I- Guião de Entrevista com as Famílias da ppdm | 11 |
| Apêndice II – Requerimento..... | 12 |
| Apêndice III- Consentimento Livre e Esclarecido | 13 |
| Apêndice IV- matriz de análise de conteúdo de Bardin..... | 14 |

INTRODUÇÃO

O presente trabalho surge no âmbito do Curso de Licenciatura em Enfermagem da Universidade de Mindelo. Trata-se de um trabalho de conclusão de curso com a finalidade de promover a aprendizagem tanto na área de investigação científica bem como na área de saúde mental (SM) e psiquiatria.

A escolha da temática A família e a promoção de adesão ao tratamento medicamentoso em utentes portadores de doença mental: Intervenção do enfermeiro resulta das motivações e vivências obtidas ao longo dos sucessivos Ensinos Clínicos (EC). Deve-se ainda referir que o sexto EC foi o principal motivador, uma vez que tive oportunidade de conviver com um doente mental que se mostrava esse problema. A motivação advém da vontade de enriquecer os conhecimentos de modo a contribuir para uma melhor assistência dos doentes mentais, uma vez que é pouco explorado em Cabo Verde.

Não obstante esse motivo, é de realçar que se trata de um tema bastante pertinente e atual por ser um problema de saúde pública que envolve não só os profissionais de saúde, mas também todas as entidades responsáveis, bem como os familiares e a sociedade em geral. Este tema é de grande relevância visto que pode melhorar assistência ao doente mental com recusa na medicação, mantendo a sua integridade psicológica eliminando as angústias, como estaria diminuindo as sequelas que podem aparecer mais tarde se não forem tratadas a tempo.

No que tange a estrutura é de frisar que o trabalho se encontra estruturado em três (3) capítulos bem organizados: enquadramento teórico, fase metodológica e fase empírica. O primeiro capítulo encontra-se o enquadramento teórico onde se apresenta uma revisão bibliográfica da escolha do tema, onde faz-se apresentação dos principais conceitos extraídos dos objetivos do trabalho.

No segundo capítulo encontra-se a fase metodológica, em que está exposto todo o percurso metodológico, explicando-se o tipo de estudo e abordagem utilizados nesta investigação, bem como os objetivos pretendidos. No terceiro e último capítulo compreende-se a fase empírica dando ênfase à análise dos resultados do estudo.

Por fim apresentamos as referências bibliográficas, e as considerações finais seguido das propostas, apêndices e requerimentos elaborados para a recolha de dados. É de realçar ainda que o presente trabalho foi redigido e formatado segundo as normas de redação e formatação do trabalho científico da Universidade do Mindelo.

Espera-se que este estudo possa contribuir para que o profissional de saúde possa aumentar os conhecimentos na atuação do enfermeiro ad ppdm no que se refere recusa da medicaçao, e que através deste trabalho surjam mais outros trabalhos sobre o tema.

Justificativa da escolha da temática

O interesse em desenvolver esse tema surgiu no decorrer do ensino clínico enfermagem em saúde mental onde deparava com muitos casos de utentes com resistência na tomada do medicamento, isto despertou a curiosidade e a vontade de aumentar os conhecimentos, sobre o mesmo.

Durante os ensino clínico pode-se constatar que existe um grande número de portadores de doença mental institucionalizados em São Vicente, suscitando a necessidade de reflectir e repensar sobre a família e a promoção de adesão ao tratamento medicamentoso em utentes portadores de doença mental: Intervenção do enfermeiro no sentido de melhorar a sua qualidade de vida.

Cada vez mais nota-se uma preocupação constante com a melhoria da assistência aos utentes portadores de doença mental na nossa sociedade, pelo que acredita-se que este estudo poderá contribuir esta reflexão, na medida em que, poderá responder a várias questões que emergem quando abordamos a temática.

Um dos aspectos pertinentes que também contribuiu para a escolha deste tema é aprofundar os conhecimentos sobre o mesmo, como forma de melhorar a qualidade da assistência de enfermagem que repercutirá directamente na melhoria da qualidade de vida dos portadores de doença mental.

Assim sendo, a necessidade de um enfermeiro devidamente preparado e capacitado para assistir o utente com doença mental, é extremamente importante quando se pretende promover a qualidade de vida do utente portador de doença mental, disponibilizando informações e dialogando com os utentes, diminuindo os diversos tipos de sobrecarga nos cuidados, servindo como aliado ao utente no sentido de ajudá-lo recuperar a sua posição social.

Desta forma, este estudo denota uma grande relevância, pois, além de trazer destaques a situações vividas pelo portador de doença mental, pretende mostrar o contributo da enfermagem na promoção da qualidade de vida dos mesmos.

Um membro da família portador de doença mental abala a família, porque essa pessoa vai precisar de ajuda parcial ou total. Na maioria o paciente ao ser diagnosticado, muitos membros da família não se sentem preparados para lidar com a situação. Uns procuram saber mais da doença, outros abandonam o portador porque não conseguem lidar com a situação, isso faz com que toda a família adoça junta.

Quando se está na presença de doença mental a família enfrenta situações mais complexas do que aquelas que viveria se esta condição não existisse, talvez por não ter conhecimento sobre a doença, a culpa, a sobrecarga, o pessimismo e o isolamento social, que surgem do sofrimento que a loucura imprime, tanto para eles quanto para a pessoa que adoece.

A família é um dos pilares importantes para o doente, porque a partir do momento a família se alia ao tratamento do paciente, ajudando no uso das medicações, no deslocamento e na participação ativa nas consultas junto da equipa multiprofissional, supervisionando comportamentos problemáticos ou de risco para o adoecido, ambos saem ganhando. O paciente adquire mais confiança em seus familiares, tornando mais fortes os laços de parceria e companheirismo, enquanto a família aprende a se reorganizar, um ajudando ao outro e redefinindo-se a função de cada um dentro do lar.

Problemática do estudo

Atualmente assistimos a um aumento da prevalência das doenças mentais em todo o mundo, onde se constata que ao longo dos anos o número de casos de pessoas com transtornos mentais cresce. Assim, esse estudo enfatiza ser de grande relevância, pois revela ser uma situação de preocupação a nível mundial. As perturbações mentais afetam milhões de pessoas e, se não tratadas, cobram um enorme preço em termos de sofrimento, invalidez e perda económica.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS ano 2001), houve nas últimas décadas um crescente aumento na prevalência de transtornos mentais na população mundial. Estima-se que cerca de 650 milhões de pessoas apresentem alguma especificidade de transtorno mental, compreendendo quatro das dez principais causas de incapacitação no mundo.

A nível mundial, segundo a OMS, o número de pessoas que vivem com a depressão aumentou de mais de 18% entre 2005 e 2015, sendo que dos 322 milhões de pessoas que vivem com esse transtorno mental no mundo a prevalência é maior entre as mulheres (5.1%).

Os estudos apontam que as perturbações da saúde mental têm aumentado e as mais comuns (depressão, ansiedade e abuso de substâncias) irão incapacitar mais pessoas do que as complicações decorrentes da SIDA, doenças cardíacas, acidentes de trânsito e as guerras (Relatório Mundial de Saúde, 2001). Contudo, estes dados não

parecem assustar os nossos governantes, uma vez que o investimento no tratamento e na investigação da saúde mental é muito inferior ao que é disponibilizado para a saúde física (Link & Phelan, 2001).

Um outro estudo realizado nos Estados Unidos da América (E.U.A) recolheu dados sobre a mortalidade no país num período de 17 anos, tendo verificado que as pessoas com perturbações mentais morriam em média 8,2 anos mais cedo comparativamente à população em geral (Druss, Zhao, Von Esenwein, Morrato, & Marcus, 2011). Ao que tudo indica, as pessoas com uma perturbação mental são menos propensas a serem observadas e avaliadas por especialistas quando se queixam, o que resulta em mortes prematuras (Corrigan & Bink, 2016).

Conforme E.U.A, cerca de 40 milhões de adultos (com idade entre 18 e 64 anos), 22% da população, tem uma perturbação mental. Pelo menos uma em cada cinco crianças e adolescentes com idades entre 9 e os 17 anos têm perturbação mental diagnosticável num dado ano, e cerca de 5% das crianças e adolescentes são extremamente incapacitados por perturbações mentais, comportamentais e emocionais (American Psychiatric Association, 2000).

Nos E.U.A, segundo o relatório Mundial de Saúde Mental, publicado em abril de 2002, a dependência do álcool atinge 6,3% da população no Brasil a depressão afeta 15,8%, em relação a ansiedade que afeta 22,6% da população que vive no país, já os transtornos relacionados com a dependência do álcool afetam 4,1% da população do Brasil, segundo o relatório mundial de saúde mental.

Em Cabo Verde, segundo o relatório da Organização Mundial de Saúde (OMS), publicado em fevereiro de 2017, a depressão atinge 4,9% da população, o correspondente a 24. 240 Cidadãos.

Segundo OMS,(2001) entre o período de 2009 a 2013 os números de internados no serviço de psiquiatria no Hospital Agostinho Neto eram de 15,406%.

Já os transtornos relacionados com a ansiedade afetam 3,1% (15. 175) das pessoas que vivem no nosso país, aponta o relatório mundial de saúde mental. Segundo o relatório estatístico de Cabo Verde (2014), entre 2009 à 2013 os números de doentes internados no serviço de psiquiatria no Hospital Dr.º Baptista de Sousa (HBS) eram de 10,227% (OMS, 2017).

E de acordo com o relatório estatístico Hospital Dr.º Batista de Sousa (2014), a taxa de ocupação do serviço de psiquiatria do Hospital Dr.º Baptista de Sousa no ano de 2009 à 2013 é de 338,1%. Com isso se pode constatar que o serviço de saúde mental sempre esteve cheio de doentes.

Segundo os Serviços de estatística do HBS, no período de 2013 os internamentos no serviço de saúde mental e psiquiatria, com destaque para as seguintes doenças mentais: doenças psicóticas associadas às substâncias psicoativas, tais como: álcool, cannabis e misturas (com álcool, cannabis e cocaína); doenças psicóticas, tais como, esquizofrenia e transtorno delirante; transtorno de humor: bipolar e esquizotímica; transtorno de personalidade e comportamental; atraso mental e depressão.

Os dados indicam ainda que período de 2015 a 2018, registaram-se 389 utentes internamentos no serviço de saúde mental com a seguinte distribuição por sexo: dos doentes internados no Serviço de Saúde Mental e Psiquiatria a maior parte é de sexo masculino (60,6%). E por distribuição por grupo etário é a seguinte: a maioria dos doentes internados neste serviço pertence ao grupo etário de 25-44 anos (55,26%).

Quadro 1 - Distribuição por sexo e ano

| DISTRIBUIÇÃO POR SEXO | | | | | |
|------------------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------|
| SEXO | ANOS | | | | TOTAL |
| | <u>2015</u> | <u>2016</u> | <u>2017</u> | <u>2018</u> | |
| FEMENINO | 54 | 28 | 34 | 37 | 153 |
| MASCULINO | 101 | 55 | 45 | 35 | 236 |
| TOTAL | 155 | 83 | 79 | 72 | 389 |

Elaboração própria segundo os dados do Serviços de estatística do HBS

Quadro 2 - Distribuição por grupo étario e ano

| GRUPO ÉTARIO | <u>2015</u> | <u>2016</u> | <u>2017</u> | <u>2018</u> | <u>TOTAL</u> |
|---------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|---------------------|
| <=18 | 2 | 1 | 0 | 1 | 4 |
| 19-24 | 14 | 10 | 7 | 5 | 36 |
| <u>25-34</u> | <u>45</u> | <u>18</u> | <u>21</u> | <u>24</u> | <u>108</u> |
| <u>35-44</u> | <u>37</u> | <u>23</u> | <u>24</u> | <u>23</u> | <u>107</u> |
| 45-54 | 40 | 18 | 18 | 11 | 87 |
| > 54 | 17 | 13 | 9 | 8 | 47 |
| TOTAL | 155 | 83 | 79 | 72 | 389 |

Elaboração própria segundo os dados do Serviços de estatística do HBS

Mais importante do que esses números é preciso refletir e entender que por traz desse ppdm existe uma família que na maioria dos casos não sabe com lidar com essa situação, que acaba por repercutir directametne na estrutura da família. É nete sentido que Hirdes e Navarini (2008, pág. 683) afirmam que “a presença de uma pessoa portadora da doença mental produz um impacto nos outros membros da família, tendo em vista que, os familiares ficam sobrecarregados por demandas que envolvem a função de acompanhar seus membros adoecidos e cuidar deles”.

No entender de Gomes, Martins e Amendoeira (2011, pág. 21), à família é colocado o papel de cuidadora para o qual não está preparada, não entende o comportamento da pessoa portadora da doença mental, nem as manifestações da doença, tendo de encarar ainda a culpa, a sobrecarga física e emocional, o isolamento social, e, muitas vezes, complicações económicas. O isolamento social muitas vezes advém da vergonha da doença e do estigma ligado a ela que impede tanto a pessoa, como aos familiares de usufruir do convívio social.

A família é um fator importante para o tratamento e reabilitação do indivíduo que sofre de uma patologia, assim sendo deveria merecer maior atenção por parte de todos os envolventes (Borba, Schwartz & Kantorski, 2008).

A relação familiar é o sustentáculo e a base para uma boa estrutura emocional para o paciente, tanto para a prevenção de uma crise, quanto para sua manutenção e recuperação (Rocha, *et al*, 2000). Fato pelo qual torna-se essencial sua participação em todos os processos terapêuticos no qual o utente esta inserido o que ira propiciar uma melhor adequação do utente ao tratamento e consequente melhora.

Segundo Townsend (2011, pág. 528), a doença mental “não é uma doença exclusivamente da ppdm, mas sim de toda a família. Mesmo quando as famílias parecem lidar bem, há um impacto notável sobre o estado de saúde mental dos familiares quando um dos membros da família padece da doença”.

Segundo Leite e Vasconcelos (2003), para compreender a não adesão é importante reconhecer o papel central do paciente nesse contexto, sem deixar de lado os determinantes relacionados ao tratamento e aos serviços de saúde.

A não adesão ao tratamento é o principal fator contribuinte para a falha terapêutica, muitas vezes o utente não aceita a medicação por não ter crítica da doença. Isso é um dos problemas mais enfrentados pelos enfermeiros de saúde mental, visto que ocorre frequentemente em utentes que recusam tomar a medicação.

Por tudo isso, muitas vezes o comportamento de não adesão ao tratamento medicamentoso é um fenómeno complexo e universal. No decorrer dos tratamentos psiquiátrico a não adesão se desenvolve gradualmente e esta relacionado ao agravamento das doenças. Em determinados casos, em consequência às recaídas, o tempo de recuperação torna-se mais longo e a resposta clínica inferior ao tratamento.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) considera que a não adesão a terapias de longo prazo gira em torno de 50% na população geral, sendo que em países menos desenvolvidos estes valores podem ser muito superiores (World, 2003). Estudos nacionais (Remondi, 2012; Bloch *et al.*, 2008; Cintra *et al.*, 2010; Blatt *et al.*, 2009) apontam prevalências concordantes com a estimativa da OMS.

Conforme o fenómeno da adesão constitui um desafio para os profissionais de saúde mental, pois a não adesão pode impactar o aumento da frequência e da intensidade das crises, os números de reinternação e onerar o sistema de saúde. Além disso, a não adesão está relacionada com o aumento da procura por atendimento nos serviços de emergência, ao aumento das taxas de suicídio, a piora do prognóstico e ao comprometimento da qualidade de vida dos portadores de doença mental. (Borba, 2018, pág. 2).

E necessária uma equipa especialista no assunto para dar melhor resposta a problemática de modo a proporcionar cuidados de forma eficiente e eficaz salvaguardando a vida do utente e assim proporcionando bem-estar do utente tanto de fórum mental, como da família.

Face a problemática apresentada elaborou-se os seguintes objetivos gerais e objetivos específicos:

Objetivos geral:

- Identificar as estratégias utilizadas pelas famílias para incentivar a adesão ao tratamento por parte do membro portador de doença mental;

Objetivos específicos:

- Identificar as principais dificuldades com os membros portadores de doença mental no que se refere a adesão ao tratamento;
- Conhecer como as famílias lidam com a recusa na toma do medicamento por parte do membro portador de doença mental;
- Conhecer as vivências dos familiares com o membro portador de doença mental no que se refere a resistência na toma da medicação;

CAPÍTULO I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Para este capítulo reservou-se o enquadramento teórico, debruçando sobre os principais conceitos abordados no trabalho para a compreensão do tema em estudo, vislumbrando assim o conceito de doença mental

1.1 Conceitos de Doença Mental

A doença mental pode afetar qualquer pessoa, e deve ser encarado como um problema de saúde pública. Visto isso Spadini e Sousa (2006) definem a doença mental como:

Hoje é sabido que a doença mental é explicada por causas biológicas, psicológicas e sociais e que necessita de assistência adequada, com a finalidade de reinserção do utente e de apoio adequado para este e para a família. A integração do utente na comunidade ainda é difícil, pois a doença mental em alguns casos, é vista como transgressora de normas sociais, considerada uma desordem, é pouco tolerada e, por isso, é isolada da sociedade (Spadini e Souza 2006, pag.12).

De acordo com Fazenda (2008, pag.12)

a doença mental por sua vez é difícil de definir porque abrange um leque alargado de perturbações que afetam o funcionamento e comportamento emocional, social e intelectual do indivíduo.” São várias as definições que existem de doença mental, no entanto, em todas elas é consensuais o fato de ser uma condição médica que afeta a forma como a pessoa pensa, o estado de humor, os sentimentos, a capacidade de se relacionar com os outros ou de conseguir gerir as exigências do quotidiano.

A doença mental refere-se coletivamente a todas as perturbações mentais diagnosticáveis. As perturbações mentais graves são determinadas por diagnósticos e critérios que incluem um grau de incapacidade funcional (American Psychiatric Association, 2000).

Afirma o Relatório Mundial de Saúde, (2001), que os estudos apontam que as perturbações da saúde mental têm aumentado e as mais comuns (depressão, ansiedade, esquizofrenia, e abuso de substâncias) irão incapacitar mais pessoas do que as complicações decorrentes da SIDA, doenças cardíacas, acidentes de trânsito e as guerras.

Os problemas de foro mental são como uma faca de dois gumes: por um lado temos os sintomas que impedem ou prejudicam a pessoa no prosseguimento do seu quotidiano, e por outro temos o estigma que ainda existe na sociedade em relação a este tipo de problemática.

1.2 Fatores de risco para desenvolver uma doença mental

vários poderão ser os factores de risco para desenvolver uma doença mental, nomeadamente fraco condições socio-economicas, género feminino, factores genéticos e neste sentido que:

Segundo Hanson (2005, pág. 330), muitos dos factores de risco, contribuem para a vulnerabilidade dos indivíduos e da família como um todo. Os dois factores mais sistematicamente identificados como factores de risco, são o baixo estatuto socioeconómico e o género feminino. Mas também a pobreza é a ameaça mais tenaz a saúde mental dos indivíduos, família e sociedades.

Vasconcelos (2002, pág. 272) diz que, “diferentemente das doenças de base anatomofisiologias, identificáveis clínica e laboratorialmente, o transtorno mental tem origem multifatorial (biológica, social, psíquica e cultural) e é identificado sobre tudo pelos 31 seus sintomas, com frequência o comportamento desviante, transgressor, que viola as normas socialmente aceites”.

Moreira e Melo (2005, pág. 32) reconheceram determinadas causas que contribuem para o aparecimento dos transtornos mentais, que são:

- Baixo nível socioeconómico;
- Perturbação psicológica da mãe;
- Família numerosa;
- Colocação extrafamiliar;
- Criminalidade;
- Conflito conjugal grave;

Segundo a Associação de promoção de promoção da saúde A PONTE (2012, pág. 7) “a causa exacta da doença é desconhecida, mas supõe-se ser uma combinação de factores genéticos e de experiências ao longo da vida”.

As causas dos transtornos mentais de acordo com as pesquisas feitas são de ordem desconhecidas por isso o processo de enfermagem deve ser feito de forma cautelosa de modo a apurar todas as informações possíveis de modo a obter o diagnóstico certo e posteriormente o tratamento mais adequado. É muito importantes as

intervenções clínicas baseadas nos diagnósticos para levantamento dos resultados das avaliações em geral.

1.3 Sinais e sintomas

Os sinais e sintomas da doença mental são manifestadas de maneira diversas, visto isso Kaplan e autores explicam como se evolui esses sinais e sintomas.

Segundo Kaplan, Sadock e Greeb (1997, pág. 263) “a evolução dos sintomas do paciente deve ser determinada e resumida de forma sistemática e organizada. Os sintomas ausentes também devem ser delineados. Quanto mais detalhada a história da doença actual mais provavelmente o médico fará um diagnóstico acertada”.

Nesta perspectiva, Pereira (2001, pág. 164) diz que “devemos supor, sim, que a um determinado sofrimento correspondam determinadas formas de manifestação – não porque os processos patológicos os provoquem diretamente, mas porque, segundo a experiência, eles criam condições que são muito propícias ao surgimento dessas manifestações”.

Favrod e Agnes (2012, pág. 19) mencionam que “a pessoa que sofre desta doença pode apresentar sintomas de distorção da realidade que se expressam por ideias delirantes e alucinações”. Para cada transtorno está claramente identificadas as manifestações pois, segundo a Associação de Promoção da Saúde Mental- A PONTE (2012, pág. 11) quando se trata da depressão por exemplo, um dos transtornos mencionados acima, as pessoas apresentam:

- Humor triste, ansioso ou “vazio” persistente;
- Sentimentos desesperança, pessimismo;
- Sentimentos de culpa, inutilidade, desamparo;
- Mudanças de apetite;
- Pensamento de morte ou suicídio ou tentativas de suicídio;
- Inquietação, irritabilidade, mudanças no apetite e no peso;
- Mudanças no comportamento de sono: insónia acordar muito cedo de manhã ou dormir de mais;
- Energia diminuída, fadiga, sentindo-se “devagar”.

1.4. Diagnóstico

Segundo protocolo terapêutico em psiquiatria (2017, pág.9), os diagnósticos de doença mental são feitos através de avaliação psicopatológica, avaliação física (inclui exame neurológico) e exames complementares.

Alguns autores refletem mais profundamente a respeito do próprio sistema de classificação psiquiátrica, os chamados manuais como o DSM-IV e CID-10. Caponi (2009) afirma que as classificações psiquiátricas modernas se referem a condutas, sentimentos e comportamentos de sujeitos sem redes sociais, não sendo levados em conta os vínculos, as relações pessoais, afetivas e de trabalho na hora de se definir o diagnóstico.

Russo e Venâncio (2006) apontam que as versões mais recentes destes manuais aboliram o chamado diagnóstico dimensional, que comportava uma espécie de continuidade entre os diversos quadros não havendo fronteiras nitidamente demarcadas e rígidas, sendo substituído por uma classificação onde as fronteiras fossem bem delimitadas e objetivas.

Pereira (2000, pág. 80) afirma que uma das consequências desta mudança é a constituição de um discurso hegemônico que delibera sobre a legitimidade das proposições neste campo. Assim, o suposto “a teorismo” destes manuais terminou por excluir do debate cientificamente autorizado, todas as outras disciplinas como a fenomenologia, a psicanálise e a análise existencial resultando numa concepção cada vez mais naturalizada do sofrimento mental deixando de lado as dimensões subjetivas, históricas e culturais.

1.5. Tratamento de Doenças Mentais: farmacológico e não farmacológico

Nos últimos anos têm ocorrido avanços extraordinários no tratamento de doença mental. Entender o que causa certos transtornos de saúde mental, ajuda a definir um tratamento para esses transtornos que pode ser tratamento farmacológico e não farmacológico.

O tratamento como foi referido pode ser farmacológico e/ou não farmacológico dependendo do diagnóstico, do tipo de transtorno que a pessoa é portadora. Segundo a associação de promoção da saúde mental- A PONTE (2012, pág. 19) a “terapia pode ser feita de forma individual, em grupo com o conjuge ou membros da família”.

Portanto quanto mais cedo for a adesão ao tratamento melhor serão os resultados e mais rápido é a recuperação. É essencial frisar que são vários os fármacos que os portadores de transtornos mentais podem tomar e é importante o controlo dos mesmos para evitar possíveis complicações. No que se refere a enfermagem esses são os responsáveis pela administração dos mesmos, devem estar atentos aos princípios de administração (os certos) devem conhecer bem os fármacos e ensinar os familiares a melhor a forma de proceder.

Segundo Afonso (2002, pág. 85) os transtornos mentais crónicos exigem um tratamento vasto, “é necessário intervir não só a nível farmacológico, controlando os sintomas da doença, como também é importante intervir a nível social, psicoterapêutico, psicoeducativo, familiar e ocupacional”.

Neste sentido e de acordo com Townsend. (2009 pág. 227) as terapias estão divididas em: terapia medicamentosa, terapia eletroconvulsivante, terapia de grupo, terapia de relaxamento, terapia familiar, treino de assertividade, promoção de autoestima, terapia comportamental e terapias complementares.

1.5.1 Tratamento farmacológico (medicamentosa)

A terapia medicamentosa é essencial no tratamento de doença mental, mas está associado a outra terapia não medicamentosa pode ter mais resultado de tratamento. E sendo assim é importante a definição de terapia medicamentosa segundo autores.

Segundo o Conselho Nacional de Saúde Mental, o avanço a nível psicofarmacológico tem vindo a evoluir e desenvolvendo novas competências, ultrapassando as situações que advém das perturbações mentais pois: (...) tendo sido definida como o “processo pelo qual a pessoa é ajudada a adaptar-se às limitações da sua incapacidade, a recuperar capacidades perdidas e a desenvolver novas competências, por forma a ultrapassar a situação de desvantagem psicológica e social que lhe adveio da sua perturbação psiquiátrica, tendo em vista melhorar a sua autonomia e a sua qualidade de vida” (Conselho Nacional de Saúde Mental, 2002, pág. 30).

Segundo Townsend (2009) pág. 312

as medicações psicotrópicas não visam curar as doenças mentais. Muitos clínicos de saúde mental que prescrevem estas medicações aos seus clientes utilizam-nas como adjuvantes a psicoterapia individual ou em grupo. Apesar da sua contribuição para o cuidado psiquiátrico não poder ser minimizada, deve ser enfatizado que as medicações psicotrópicas aliviam os sintomas físicos e comportamentais. Não resolvem problemas emocionais”.

A terapia medicamentosa contínua é fundamental no controle da sintomatologia do transtorno quando associado a outras modalidades terapêuticas, tais como psicoterapia, psicoeducação, socio terapia, terapia ocupacional, entre outras (vedano & Miasso, 2014).

Durante os últimos quarenta anos, foram desenvolvidos vários medicamentos psiquiátricos de eficácia comprovada e amplamente utilizados pelos psiquiatras e outros médicos. Frequentemente, esses medicamentos são classificados de acordo com o distúrbio para o qual foram prescritos inicialmente. Por exemplo, os antidepressivos (p.ex., imipramina, fluoxetina e bupropiona) são utilizados no tratamento da depressão, enquanto a anti psicóticos (p.ex., clorpromazina, aloperidol e tiotixeno) são úteis no tratamento de distúrbios psicóticos como a esquizofrenia. Novos medicamentos anti psicóticos (p.ex., clozapina e risperidona), são úteis para alguns pacientes que não respondem a outros medicamentos anti psicóticos Centro de Atenção Psicossocial (CAPS, 1994, pág.42).

1.5.2 Fatores que dificultam a adesão a terapia medicamentosa

Muitas vezes a não-aceitação da medicação dificulta o tratamento do portador de doença mental. Por isso alguns autores referem-se que existe um conjunto de fatores que dificultam a adesão a terapia medicamentosa.

Segundo World Health Organization (2003, pág. 28), os fatores que dificultam a adesão medicamentosa são: a não-aceitação da doença e descrença quanto aos benefícios do tratamento; a ocorrência de efeitos colaterais pelo uso do medicamento; a falta de insight; a severidade da doença; o alcoolismo e abuso de drogas; e medo de reinternações (recaídas); a baixa complexidade do esquema terapêutico; o estabelecimento de aliança terapêutico entre o profissional de saúde e o utente.

A não adesão é um problema relevante e persistente entre pessoas que tomam antipsicóticos. É um fenómeno complexo e multifatorial, características do contexto, cultura e crenças do individuo que influenciam significativamente a adesão do tratamento medicamentoso (Vedana &Mercedes, 2015, pág. 187).

Para Miamota, (2015, pág. 187), a adesão ao tratamento farmacológico e a segurança do paciente são importantes desafios na prática assistencial. A falta de adesão ao tratamento farmacológico está associada a exacerbações de sintomas, pior

prognóstico, reinternações de altos custos, ajustes desnecessários na prescrição e refratariedade farmacológica.

Família e não adesão

1.5.3 Terapia não farmacológica

De acordo com o relatório do Ministério de Saúde do Brasil (MSB, 2003, pág. 79) as terapias estão divididas em duas partes as psicoterapias e terapias atividade. “o tratamento psicoterápico é, na maior parte das vezes, realizado pelo psicólogo (às vezes também pode ser feito pelo psiquiatra) e seu objetivo é variável de acordo com o caso, mas, em linhas gerais, visa ajudar o indivíduo a retomar um estado de equilíbrio pessoal”. E a terapia cognitivo-comportamental, “aborda os pensamentos e comportamentos atuais. Psicanálise – Aborda as razões inconscientes dos problemas atuais. Psicodrama – Atua com dramatizações de situações. Terapias interpessoais – Abordam os relacionamentos atuais” (MSB, 2003, pág. 79).

1.5.4 Terapia eletroconvulsivante

É uma terapia que era utilizada antigamente onde aplicavam elétrodos na região frontotemporal para estimular o cérebro utilizando o choque. Foi vista como um dos tratamentos eficazes para tratamento de depressão grave.

De acordo com o relatório do Ministério de Saúde do Brasil (MSB, 2003, pág. 79) refere que a eletroconvulsoterapia ou eletrochoque é um tratamento não farmacológico utilizado em alguns casos graves, “é um tipo de tratamento que consiste em fazer passar uma corrente elétrica pelo corpo, por meio de elétrodos colocados em uma ou ambas as têmporas, produzindo alterações neuro químicas e neuroendócrinas” (MSB 2003, pág. 79).

Baseando nesta ideia Giacon (2006, pág. 291) foi quem pesquisou esse tipo de tratamento, e de acordo com a mesma fonte essas contenções não são utilizadas como punições, mas para prevenir o próprio portador de doença mental e das pessoas que estão internadas no serviço saúde mental, o autor acima referido alude que “as contenções não são nunca utilizadas como punição ou por conveniência da equipe, pois são as medidas menos restritivas para diminuir a agitação (...)”.

Ainda o mesmo autor refere também o outro tipo de tratamento de caracter não farmacológica, a reclusão que é isolar o ppdm para seu melhor conforto, este conta que

“a reclusão também é outro tipo de contenção física no qual o doente é confinado sozinho, em um quarto do qual ele é capaz de sair, o quarto é minimamente mobilado com os itens que promove o conforto e a segurança do utente (Giaccon 2006, pág. 291).

Segundo Marangell, Silver, Goff e Yudofsky, (2003) a terapia eletroconvulsivante significa o estímulo aplicado de elétrodos que são colocados bilateralmente na região frontotemporal ou unilateralmente do mesmo lado da mão dominante.

1.5.5 Terapias complementares

vários poderão ser a forma de tratamento do ppdm, que não se resume somente na utilização da medicação, mais utilizando varias terapias visto isso os autores abaixo referem.

Segundo Townsend. (2009 pág.320) “terapias complementares ou alternativas são intervenções que diferem do tratamento biomédico tradicional ou convencional da doença.

Para além das terapias alternativas também existe terapia de grupo, treino de assertividade, terapia relaxante, e promoção de autoestima. Townsend. (2009 pág.320)

Essas intervenções devem ser utilizadas nos casos de doentes que se encontram muito descompensados e podem proporcionar algum tipo de perigo tanto para si, como para os outros doentes internados.

A presença dos familiares no tratamento do portador de transtorno mental é muito importante para que possam assumir a responsabilidade pelo cuidado de seus membros doentes e evitar recaídas futuras.

1.6. Implicações da doença mental

As doenças mentais e comportamentais exercem um considerável impacto sobre os indivíduos, as famílias e as comunidades. Os indivíduos não só apresentam sintomas inquietantes do seu problema, como sofrem também por estarem incapacitados de participar em atividades de trabalho e lazer, muitas vezes por discriminação. Eles preocupam-se pelo facto de não poderem arcar com as suas responsabilidades para com a família e os amigos e receiam ser um fardo para os outros (Relatório Mundial de Saúde, 2002, pág. 58).

Doenças mentais acaba por trazer muitas implicações para o portador de doença mental e como para a família, e essas implicações são: económico e na qualidade de vida.

1.6.1 Implicações a nível económico

Segundo o Relatório Mundial de Saúde, (2002, pág. 58), o impacto económico das doenças mentais é profundo, durável e enorme. Estes problemas impõem ao indivíduo, à família e à comunidade no seu todo uma série de custos. Parte desse tributo é evidente e mensurável, enquanto outra parte é quase impossível de medir. Entre os componentes mensuráveis estão os serviços sociais e de saúde, a perda de emprego e a redução da produtividade, o impacto nas famílias e nos prestadores de cuidados, os níveis de criminalidade e a segurança pública e o impacto negativo da mortalidade prematura.

1.6.2 Implicações na qualidade de vida

Para Mendlowicz, Stein, Orley & Kuyken, (ano 2000). O impacto sobre a qualidade da vida não fica limitado às perturbações mentais graves. As perturbações de ansiedade e de pânico também têm um efeito significativo, especialmente no que se refere ao funcionamento psicológico.

Questões como pobreza, isolamento social e segurança pessoal são as preocupações pessoais dos utentes depois de regressarem do hospital psiquiátrico, assim como os seus familiares, gestores de saúde e profissionais de saúde (Souza & Coutinho, 2006, pág. 51).

Para Matos, Bragança e Sousa, (2003, pág. 164), é evidentemente implicada tanto pelos recursos a terapêuticas desprevenidas de efeitos colaterais como as próprias manifestações da doença que conduzem ao isolamento social, as reformas precoces, a falta do contato e das trocas afetivas e dos internamentos prolongados na maioria das vezes.

1.7 Família e o impacto da doença mental na família- sobrecarga familiar

Sendo que as famílias têm sofrido diversas alterações durante os tempos, tem surgido também vários autores para definir o conceito de família, pois o termo família há muito que não gira apenas em torno dos laços de consanguinidade.

Segundo, Souza e Engels, (2006, pág. 60), a expressão “família” nem sempre foi a dos dias atuais, pois em sua origem, entre os romanos, não se aplicava sequer ao casal de cônjuges e aos seus filhos, mas apenas aos escravos. “Famulus” significa escravo doméstico e família era o conjunto de escravos pertencentes ao mesmo homem.

O autor Hanson (2005, pág. 6) para mim é aquele que melhor define o conceito de família, pois ele tem um parecer bastante pertinente e abrangente sobre este Conceito, argumentando que família “refere-se a duas ou mais pessoas, que dependem um do outro para dar apoio emocional, físico e económico. Os membros da família são auto definidos.”

O mesmo autor, Hanson, (2005, pág. 6) define família mediante várias perspetivas.

- Na ótica legal as relações são determinadas por laços de sangue, adoção, tutela ou casamento.
- A família é vista do ponto de vista Biológica, quando existem uma ligação genética entre as pessoas.
- Sociológica, quando um grupo de pessoas vive junto.
- Psicológica, quando um grupo de pessoas estão ligados por fortes laços emocionais.

A família é vista como o grupo social mais importante da sociedade e tem vindo a sofrer transformações ao longo dos tempos, desde a sua estrutura como no desempenho dos seus papéis e nas interações com a comunidade (Amendoeira, Gomes & Martins, 2011, pag.52).

Segundo autores referidos abaixo a família tem várias funções e com o passar dos anos a família vem se transformando, e algumas funções tornam-se, mais relevantes e outras não. Por isso uma família tradicional tem 6 funções. As funções que as famílias têm desempenhado têm transformado com o passar do tempo. Algumas funções tornaram-se mais relevantes e outras menos.

Segundo Hanson (2005, pág. 27) as famílias tradicionais possuíam seis funções:

- assegurar a sobrevivência económica,
- reproduzir para assegurar a continuidade das espécies,
- proporcionar proteção,
- transmitir a fé religiosa,
- educar (socializavam) os seus membros e
- conferir estatuto, enquanto que, as famílias contemporâneas transformaram algumas das funções anteriormente desempenhadas, e aceitaram novas funções, nomeadamente a função de relação e a de saúde.

A função de relação baseia-se na relação para autodefinir a família e na *função de saúde* a família é responsável por manter os elementos saudáveis através da transmissão de atitudes, crenças, hábitos, promoção de saúde e cuidados aos doentes (Hanson, 2005, pág.29).

Família vem sendo visto como um fator importante para a adesão ao tratamento do doente, uma vez que o doente tem apoio da família, ele sempre vai se sentir com mais força para enfrentar todos os obstáculos da doença.

Pretende-se analisar o impacto da doença mental na família, pois, a doença mental, por não apresentar muitas vezes cura e o tratamento durar a vida toda, traz consigo um peso tanto para a pessoa, como para a família.

Para Cristóvão, Fernandes & Martins, (2012, pág. .145), as diversas funções e responsabilidades dos cuidadores muitas vezes acompanhadas dos gastos financeiros, podem levar a que o cuidador experiencie uma sobrecarga. E, diversos fatores, incluindo as condições socioeconómicas, recursos do cuidador e stress, podem influenciar a intensidade dessa sobrecarga.

Além dessas mudanças realizadas no funcionamento familiar muitas vezes encontra-se a emoção expressa (EE) ou clima emocional que está relacionada com a tensão familiar, com o tipo de transações que acontecem na família e com a reatividade dos familiares ao comportamento da pessoa portadora da doença mental. Este conceito assenta em três elementos: comentários críticos, hostilidade e sobre envolvimento

emocional (há atitudes de superproteção) (Cristóvão, Fernandes & Martins, 2012, pág.146).

Conforme Cristóvão, Fernandes e Martins, (ano 2012, pág. 146), a sobrecarga familiar apresenta, frequentemente, uma série de problemas relacionados com o facto de a situação em si ser desorganizadora, de muitas famílias não terem acesso a informação de que necessitam, ao mesmo tempo que existem problemas e dificuldades na comunicação com os profissionais e em que os recursos / apoios na comunidade escasseiam.

Afirma Townsend, (2011, pág. 528), a doença mental não é uma doença exclusivamente da ppdm, mas sim de toda a família. Mesmo quando as famílias parecem lidar bem, há um impacto notável sobre o estado de saúde mental dos familiares quando um dos membros da família padece da doença.

Foram realizadas investigações para compreender a complexidade do processo pelo qual a família da ppdm experimenta, desde os primeiros sintomas até a compreensão, aceitação e equilíbrio. A família frequentemente demora anos numa das três etapas sempre presentes perante uma doença grave: negação, depressão e, finalmente, adaptação. A primeira destas fases é constantemente muito arrastada e a negação da doença pode conduzir a negação dos cuidados específicos, quer estes sejam medicamentosos, ou outro tipo de apoio (Silva, 2004, pág. 41).

Por tudo isso Mendes, (2004, pág. 53), diz que uma pessoa que possui uma doença crónica sofre uma variedade de mudanças a muitos níveis: psicológicas, funcionamento corporal, social, familiar e pode vir a originar separação / privação da família e amigos e mesmo alterações de papéis sociais.

Pelo que as famílias sofrerão por várias mudanças no seu funcionamento familiar, que abarcam diferentes dimensões da vida (Silva, 2004, pág. 43):

- As modificações nas rotinas domésticas e a prestação direta de cuidados [...], numa fase do seu ciclo vital onde a sua função familiar já, na generalidade, não incluía estes papéis;
- A tensão acrescida que aparece nas dinâmicas das famílias e da sociedade frequentemente relacionada com a sobrecarga de trabalho doméstico, divergências no sistema familiar, até culpabilizações;

- A relação do tipo conjugal pode ser especialmente posta em causa num processo disruptivo que leva muitas vezes à separação. A diminuição do convívio com a sociedade e o sentimento de isolamento leva na maioria das vezes ao enfraquecimento das redes sociais, que influencia de um modo negativo o bem-estar psicológico da família;
- As consequências ao nível financeiro traduzem também, numa sobrecarga familiar. Pode surgir sobre a forma de encargo passivo (resultante frequentemente da situação do cuidado do familiar doente) ou de encargo ativo (consequente do aumento das despesas dos fármacos e/ou outras formas de apoio).
- Os cuidadores podem deparar-se com pressões no sentido contrário: ampliar a carga horária de trabalho (para fazer face às necessidades financeiras) e a disponibilidade de tempo para cuidar da pessoa doente, que geralmente envolve a renúncia de períodos de férias ou a prática de atividades de lazer.
- As preocupações da família fixam-se principalmente ao futuro e a segurança da pessoa doente, com meios de subsistência, com saúde e a assistência disponível ou com aspetos da própria doença;
- [...] A necessidade de identificar as etiologias da patologia, o que leva para a subjetividade da culpabilização, mas pode também voltar-se num centro de tensão no sistema (quando um ou mais elementos procura culpabilizar outro, muitas vezes preceptivamente);
- Também em termos de saúde física, as consequências da sobrecarga da doença mental para o prestador de cuidados têm vindo a ser aprofundadas nas pesquisas. Observa-se que os familiares de pessoas com doença mental graves mostram um índice de doença psiquiátrica minor superior ao da população em geral (Schene *citado* por Silva, 2004, pág. 44).

Visto tudo isso quando se fala de cuidar de doente mental também está a se referir cuidar da família, uma vez que quando há um doente portador de doença mental no seio da família, faz com que toda a família ao redor fique doente. Devido ao estresse, a sobrecarga, o custo económico, a família adoece junto e quando se refere cuidar, deve-se ajustar a família nesse tratamento.

1.8. A família como fator que influência a adesão ao tratamento medicamentoso

Entre os fatores que influenciam a adesão/não, adesão ao tratamento, a família parece apresentar papel de destaque, pois apoia seus membros em situação de doença, compreende as modificações relacionadas à condição crônica, torna-se permeável aos ajustamentos necessários e constitui suporte para o seu familiar doente (Borba, 2018, pág. 2).

De acordo com Hanson (2005, pág. 215), a família tem um papel crucial durante a saúde e a doença do membro familiar. Porque se o membro está doente a família pode trabalhar em conjunto para satisfazer as necessidades físicas do doente, a família deve conceber uma pausa ao principal prestador de cuidados, de modo a que esse membro tenha tempo para as atividades relacionadas com a promoção e proteção da saúde.

Para Mulaik (1992) citado por Hanson (2005, pág. 340), o envolvimento da família nos cuidados aos doentes com doenças mentais tem melhores resultados para o utente. A família aceita o portador de doença mental, alinha em todos os tratamentos com o seu portador, automaticamente faz com que o doente aceite a medicação.

1.9. Modelo sistémico de família de Bowen

Tendo em conta que a presente investigação é centrada na área da enfermagem, faz todo o sentido eleger uma teoria que se relacione sobre a temática e debruçar sobre a sua essência. A teoria que vai ao encontro com a temática em estudo é o modelo sistémico de família de Bowen, esta teoria é baseada na terapia familiar.

Uma das teorias habitualmente usada na enfermagem de saúde mental, é a teoria de sistemas de família de Bowen, esta teoria vê a família nuclear como parte alargada, e teoriza que padrões de parentesco têm tendência para repetirem a si própria ao longo das gerações (Bowen 1976, Brown 1991, Gillis 1973, Kerr & Bowen 1988).

A teoria não dá um cunho “patológico” às famílias, em vez disso, encoraja os indivíduos a verem as suas famílias de forma positiva. Os membros da família são orientados para reconhecer que os pais e os parentes “fizeram o melhor que podiam” (Brown, 1991).

Segundo Bowen citado por Hanson (2005, pág. 326) a teoria consiste em oito conceitos interligados, que abordam os processos da ansiedade e da emoção:

(1) a distinção do eu trata-se da capacidade de conseguir separar o pensamentos dos sentimentos reactivos;

(2) os triângulos descreve um padrão de relação entre pessoas, é quando a uma tensão emocional entre duas pessoas e existe o terceiro para aliviar a ansiedade entre as duas;

(3) o processo de projecção da família é o processo que se transmite aos filhos a ansiedade paternal através dos triângulos;

(4) o sistema emocional da família nuclear descreve a forma como se lida com a ansiedade: por conflito ou afastamento, por disfunção de um conjuge ou projecção da criança;

(5) o processo de transmissão multigeracional é processo de projecção da família agindo sobre as varias gerações ;

(6) a posição fraterna refere-se ao lugar e ao papel que uma criança assume dentro da família;

(7) o corte emocional é processo de separação física e emocional da família de origem como forma de lidar com a ansiedade;

(8) a regressão social refere-se á ideia, de que a existencia de um grande nivel de ansiedade na sociedade.

Para Hanson (2005, pág. 327), usar a abordagem de sistemas de família de Bowen, é falar que o terapeuta pode-se encontrar apenas com um dos membros da família e não interessa quem esta presente, contudo, o trabalho é encarado como terapia familiar, porque o terapeuta assume uma visão multigeracional da família.

Se conclui que a teoria de Bowen baseia-se na terapia familiar, onde os profissionais de saúde junto da família desenvolvem um plano para examinar os processos familiares. O objetivo da terapia é fazer a promoção da saúde mental para prevenir a doença mental.

A família é o pilar de tudo, mas não basta apenas tratar-se do doente mental e deixar-se a família de lado para melhor resultado deve-se englobar a família em todos os tratamentos para melhor o resultado com o doente.

Tendo em conta a família e a promoção de adesão ao tratamento medicamentoso em utentes portadores de doença mental: Intervenção do enfermeiro, deve ser enquadrado dentro da teoria do sistema da família de Bowen. Uma vez que essa teoria defende que não se trata somente o doente mental, mais sim em conjunto com a família, porque para esse teorico a terapia familiar baseia em fazer a promoção da saúde para prevenir a doença mental, e é neste sentido que a família tem um papel importante na adesão ao tratamento medicamentoso do seu familiar.

1.10. Diagnóstico de enfermagem - North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) e Classificações das Intervenções de Enfermagem (NIC).

Depois de apontar os cuidados de enfermagem relacionados ao doente mental e a família é fundamental referir os diagnósticos e as intervenções de enfermagem para indivíduos portadores do transtorno mental. O conceito diagnóstico de enfermagem não é novo, durante séculos, os enfermeiros identificaram respostas específicas dos utentes para as quais foram utilizadas intervenções, num esforço para melhorar a saúde.

Assim sendo Carpenito (1997, pág. 29) esclarece que “o diagnóstico de enfermagem é uma afirmativa que descreve um tipo específico de problema ou de resposta que a enfermeira identifica.”.

Baseando nisso Sorensen e Luckmann (1998, pág. 176) afirmam que o “diagnóstico de enfermagem proporciona aos enfermeiros um método para descrever comportamentos de interesse para a enfermagem”.

Dando continuidade a definição dos diagnósticos de enfermagem e as intervenções de enfermagem McCloskey e Buleckek, (2004, pág. 40) realça que a Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC) “apresenta uma lista completa de

intervenções de enfermagem que abrange a prática de generalista e das áreas especializadas”.

Ainda os autores acima narram que “a classificação inclui todas as intervenções utilizadas pelas enfermeiras, sejam elas independentes ou colaborativas, no cuidado direto e indireto dos pacientes” (McCloskey e Bulechek, 2004, pág. 39).

Para complementar Bulechek, Butcher e Dochterman (2008, pag.3) dizem que “uma intervenção é definida como qualquer tratamento baseado no julgamento e no conhecimento clínico que um enfermeiro realiza para melhorar os resultados do paciente/cliente.”

| Diagnóstico de NANDA | Intervenções de enfermagem NIC |
|--|--|
| Deficit no autocuidado para vestir-se/arrumar-se: Relacionado com capacidade de realizar ou complementar atividades de vestir-se e arrumar-se por si mesmo. | <ul style="list-style-type: none"> - Cuidados na hora de vestir; - Controle do ambiente, monitoramento e manipulação do ambiente físico para reduzir o potencial de comportamento violento voltado a si mesmo aos outros ou ambiente. -Cuidados com os cabelos - Assistência no autocuidado: vestir-se/arrumar-se cuidados nas unhas |
| Baixa autoestima situacional: Relacionado com a avaliação de sentimentos sobre si que desenvolvem como resposta a uma perda ou mudança num individuo que anteriormente, uma autoavaliação positiva. | <ul style="list-style-type: none"> Melhora da imagem corporal - Melhora do enfrentamento - Aumento de auto estima reestruturação cognitiva - Controle do humor |
| Comunicação verbal prejudicada: relacionada com o estado no qual o individuo experimenta uma habilidade diminuída retardada ou ausente para receber, processos, transmitir e usar um sistema, ou seja, que transmite | <ul style="list-style-type: none"> - Ouvir ativamente; - Melhora na comunicação deficit auditivo; - Redução de ansiedade; - Supervisão: segurança; - Melhora da comunicação- deficit fala; |

| | |
|--------------|--|
| significado. | |
|--------------|--|

| | |
|---|--|
| Deficit de conhecimento sobre a doença, procedimentos e exames diagnósticos: Relacionado com falta de experiência prévia; dificuldade de memorização; interpretação errada de informação; | <ul style="list-style-type: none"> - Avaliar atual nível de conhecimento do utente em relação ao processo de doença; - Oferecer informações ao utente sobre sua condição, descrevendo sinais e sintomas comuns da doença, quando adequado; - Repetir informações importantes; - Usar linguagem familiar; |
| Isolamento social: Relacionado com a solidão experimentada pelo indivíduo e recebida como imposto por outros e como um estado negativo ou ameaçador. | <ul style="list-style-type: none"> - Suporte emocional; -Aconselhamento; - Aumento de autopercepção |
| Risco para nutrição desequilibrada: relacionado com o estado em que o indivíduo corre risco de experimentar uma ingestão de nutrientes além das necessidades metabólicas. | <ul style="list-style-type: none"> -Controle de alucinações; -Controle do delírio; -Suporte emocional; -Orientação para realidade; -Estimulação cognitiva; -Controle da demência; |
| Ansiedade: Relacionada com separação com pessoas significativas numa situação potencialmente ameaçadora Ex: (tratamento prolongado) | <ul style="list-style-type: none"> -Esclarecer dúvidas do utente em relação ao tratamento; -Estabelecer relação de confiança com o utente; -Estimular o utente quanto ao relato de sua ansiedade; -Monitorar o estado emocional do indivíduo; -Oferecer um ambiente calmo e agradável; -Oferecer apoio psicológico; -Oferecer informações sobre o |

| | |
|--|--|
| | diagnóstico, tratamento e prognóstico; - Proporcionar bem-estar |
|--|--|

| | |
|---|---|
| Recusa (especificar): estado no qual o indivíduo resolve, liberalmente, não aderir a recomendação terapêutica. | - Recusar os medicamentos. |
| Processo de pensamento alterado: estado pelo qual o indivíduo experimenta uma rutura na operação e atividades cognitivas. | - Controlo de medicamentos - Controlo do ambiente - Monitorização Neurológica |

Elaboração própria

1.11 Contributo da enfermagem na adesão de tratamento medicamentoso em utentes portadores de doença mental

A enfermagem como conceito subsiste possivelmente desde o princípio do mundo civilizado, com a prestação dos cuidados aos doentes ou enfermos por qualquer pessoa dentro do meio que tirasse tempo para cuidar daqueles que precisam (Townsend, 2011, pág. 121).

Papleau citado por Townsend, (2011, pág. 374) define a enfermagem como um processo interpessoal, como um instrumento educativo, uma força de aperfeiçoamento que visa promover o movimento da personalidade na discussão de uma vivência criativa, construtiva, produtiva, pessoal e em comunidade.

Segundo Papleau citado por Townsend, (2011, pág. 207), o enfermeiro tem seis funções importantes, que é:

- Responsável por assegurar que as necessidades básicas dos clientes são satisfeitas;
- Avaliar o estado físico e psicossocial;
- Administrar a medicação do utente;
- Ajudar o utente a desenvolver relações de confiança;
- Educar os utentes, e por fim ajudar os utentes, dentro dos limites das suas capacidades, a tornar-se membros produtivos da sociedade.

Segundo os autores Moreira, Felipe, Goldstein, Brito e Costa (2008, pág. 41) “a enfermagem por ser uma área de grande proximidade com a pessoa portadora da doença mental, deve ser capaz de envolvê-la na sociedade, ajudando-a e apoiando-a, bem como aos seus familiares [...]”, portanto, quando o enfermeiro utiliza ferramentas para estabelecer uma relação de ajuda ou uma relação terapêutica, cria um elo de confiança com o utente/família permitindo a adesão deste ao tratamento e a sua continuidade, repercutirá na sua recuperação e conseqüentemente na reinserção da ppdm na família/comunidade o que acaba por ser um trabalho mais acessível.

Papleau (1962), citado por Townsend diz que é essencial que os enfermeiros que trabalham em psiquiatria tenham um conhecimento geral de técnicas básicas de aconselhamento estabelecendo uma relação terapêutica ou de ajuda através da utilização destas técnicas interpessoais e num conhecimento das teorias do desenvolvimento da personalidade e do comportamento humano.

No que concerne a função dos enfermeiros, é esperado que contribuam, de forma geral, como postula Sadigursky (2002, pág.52) das seguintes formas:

- A formação de grupos operativos constituídos pela pessoa portadora da doença mental e a família;
- Participe de programas de orientação e educação ao nível comunitário, bem como dos grupos de trabalhos, de terapias e programas de treinamento e supervisão de pessoal auxiliar e visita domiciliar;
- Seja agente socializador, promovendo atendimento individual em situações de crise/emergência;
- Intervenha nos quadros agudos e crônicos;
- Realize consultas de enfermagem tendo em vista uma abordagem biopsicossocial da pessoa portadora da doença mental, elaborando planos de cuidados personalizados;
- Execute a triagem da pessoa portadora da doença mental/usuários na admissão;
- Oriente a alta e referencie a pessoa para outros serviços, criando um ambiente terapêutico, conservando um trabalho com respeito e

harmonia, através das relações interpessoais positivas com a pessoa/família e demais profissionais da equipa;

- Participe de reuniões de grupos de discussões e integre em grupos de investigação científica.

De acordo com Sadigursky, (2002, pág. 52) essas são as ações que os enfermeiros podem desenvolver no seu trabalho diário, como agente terapêutico, integrante ativo de uma equipa transdisciplinar de atendimento à saúde mental

Por meio das ações supracitadas, destacou-se algumas ações pertinentes para a promoção e a adesão ao tratamento medicamentoso em ppdm. Sendo elas, as atividades de prevenção e promoção de doença mental.

Prevenção

Já se havia afirmado anteriormente que o enfermeiro possui diversas subfunções e, uma delas é a de professor. Neste sentido, espera-se que os enfermeiros exerçam o seu cargo de educador, isto é, promovendo a saúde através de práticas de prevenção, que neste caso deva ser tanto em prol da prevenção primária, secundária e terciária, deva permitir que a promoção e a adesão medicamentosa seja efetivada.

Para Townsend (2011, pág. 782), a prevenção primária visa as pessoas e o ambiente, e enfatiza dois aspetos: o primeiro ajudar as pessoas a aumentar a sua capacidade de lidar com o stress de modo eficaz, e o segundo abordar e diminuir as forças nocivas (stressores) no ambiente.

A enfermagem na prevenção primária foca-se na abordagem de grupos em riscos e na provisão de programas educacionais (Townsend, 2011, pág. 782).

A prevenção secundária é alcançada através da identificação precoce dos problemas e início imediato do tratamento eficaz. A enfermagem na prevenção secundária foca-se no reconhecimento dos sintomas e prestação de tratamento, ou encaminhamento da pessoa para o tratamento (Townsend, 2011, pág. 782).

Já no que se trata de prevenção terciária é conseguida de duas formas: a primeira prevenção das complicações da doença e a segunda promoção da reabilitação que é dirigida no sentido da obtenção do nível máximo de funcionamento de cada indivíduo (Townsend, 2011, pág. 783).

Segundo Townsend (2011, pág. 783), a enfermagem na prevenção terciária foca-se na ajuda aos clientes no sentido de aprenderem ou reaprenderem comportamentos socialmente apropriados, de modo a que possam alcançar um papel satisfatório na comunidade.

Por meio das ações supracitadas, destacou-se algumas ações pertinentes para a prevenção da doença mental. Sendo elas, as atividades de Educação para a Saúde (EpS) para a ppdm/família/comunidade; Visitas Domiciliárias (VD), para apoio em situações de crise, ou seja, aquando das recaídas.

Educação para a Saúde (EpS):

Afirma Laverack (2004, pág. 12) que “a educação para saúde se encarrega da programação da agenda e de aumentar a consciência crítica relativamente aos programas de promoção de saúde. Sem a inclusão de estratégias pedagógicas, os programas de promoção de saúde pouco mais seriam do que processos manipuladores de coação e de controlo da comunidade.”

As práticas de EpS para serem bem-sucedidas devem ser previamente programadas, identificando as necessidades do público-alvo, para depois serem implementadas e avaliadas. É necessário definir os objetivos de forma clara e considerar os recursos humanos e materiais disponíveis (Carvalho & Carvalho, 2006, pág. 51).

Para ser mais claro, os programas de EpS devem contemplar as seguintes etapas: análise da situação, determinar necessidades educativas, [...] justificação da necessidade do programa, definição dos objetivos, determinar estratégias de intervenção, atividades e metodologia educativa, provisão de recursos e desenho da avaliação do programa (Osuna e Moral citado por Carvalho & Carvalho, 2006, pág. 53).

Visitas Domiciliárias:

Mencionam Stanhope e Lancaster (1999, pág. 882) que: os cuidados de saúde domiciliários na sociedade atual não podem ser simplesmente definidos como ‘cuidados em casa’. Eles incluem um conjunto de serviços de prevenção da doença, promoção de saúde e de intervenção de caso de doença episódica prestados aos indivíduos nos seus locais de residência.

As visitas domiciliárias podem ser ajustadas de acordo com a necessidade ou dificuldade da pessoa. E quando o grau de independência aumenta, a necessidade do

serviço diminui. Elas são organizadas com o objetivo de promover a qualidade do cuidado e provendo a sua continuidade (Stanhope e Lancaster, 1999, pág. 883).

Promoção de saúde mental:

Deste modo, verifica-se a importância de investir numa saúde mental virada à comunidade, não somente como forma de dar continuidade aos cuidados à ppdm/família, mas no sentido de atuar na promoção da saúde mental.

Na enfermagem da saúde mental, a promoção de saúde mental cai no domínio dos cuidados primários da saúde mental. Estes cuidados são definidos por “serviços contínuos e completos, necessários para a promoção de uma excelente saúde mental, prevenção da doença mental, tratamento de problemas de saúde mental e físico, diagnóstico tratamento das perturbações mentais e das suas sequelas e reabilitação” Burges (1997), citado por Hanson (2005, pág. 330).

Segundo Hanson (2005, pág. 330) a promoção da saúde mental é um fenómeno que não se circunscreve à especialidade ou ao local de prestação de cuidados de saúde. O enfermeiro procura reduzir as tensões sentidas pela família que cuida do familiar com uma doença mental, o objetivo é preservar a saúde mental.

Para que a promoção de saúde mental seja efetiva, os enfermeiros consultam organismos de saúde e escolas, dão formação sobre saúde mental, desenvolvem e avaliam programas comunitários e oferecem terapia à família a fim de prevenir a doença mental Hanson (2005, pág. 330).

A prevenção e a promoção de saúde mental andam de mãos dadas, para atuar na prevenção e automaticamente atuar na promoção. Porque o objetivo da promoção da saúde mental é preservar a saúde mental, e para se preservar tem que prevenir.

CAPÍTULO II - FASE METODOLÓGICO

2. Metodologia do estudo

Metodologia de estudo visa a produção de uma base científica para guiar a prática e assegurar a credibilidade da profissão, assim a investigação consiste em alargar o campo dos conhecimentos na disciplina a que diz respeito e a facilitar o desenvolvimento desta como ciência.

Este capítulo pretende apresentar a metodologia da investigação em estudo, tem como objetivo apresentar as questões metodológicas, fazer a descrição de todo o processo metodológico utilizado no decorrer do trabalho. Nessa fase foi também necessária a elaboração do objetivo geral, objetivos específicos, a escolha do tipo de estudo e da abordagem pretendida, instrumentos de recolha de informações e determinação da população alvo.

Dessa forma para melhor entender o tema proposto fez-se uma pesquisa documental relacionada com o tema em estudo, em livros dispostos em diferentes Bibliotecas na ilha de São Vicente. Foram também realizadas pesquisas em artigos e revistas científicas dispostos em bases de dados da *internet* como a SCIELO e a RCAAP.

A metodologia tem uma enorme importância para a investigação científica, sendo que é através dela que se define quais os métodos que serão utilizados de forma sistemática no trabalho a fim de garantir resultados mais credíveis possíveis.

2.1 Tipo de estudo

Tendo em conta as características da pesquisa a melhor forma de compreensão da família na promoção de tratamento medicamentoso em utentes portadores de doença mental, considerou-se pertinente utilizar uma metodologia qualitativa, descritiva, exploratória e de abordagem fenomenológica.

O estudo é descritivo na medida em que pretende estudar, compreender e explicar uma situação atual de incluir a família na promoção de adesão ao tratamento medicamentoso, e é do tipo exploratória porque é desenvolvida com o intuito de proporcionar uma visão geral da família e a promoção de adesão ao tratamento medicamentoso em utentes portadores de doença mental, especialmente porque é pouco explorado.

Trata-se de um estudo de natureza qualitativa, uma vez que visa explorar fenómenos e facilitam numa compreensão alargada dos fenómenos, com vista a elaboração de teorias. Atendendo aos objetivos estipulados para o presente estudo acredita-se que o desenho metodológico desenhado é o que mais se adequa ao presente trabalho.

Trata-se de uma abordagem fenomenológica, porque visa recolher e analisar os conhecimentos dos participantes acerca da temática em estudo. A fenomenológica na base do raciocínio é descrever e entender as experiências tal como são vividas e referidas pelas pessoas que viveram essas experiências.

2.2 Métodos e instrumento de recolha de informações

Como instrumento de recolha de informações deste presente trabalho, escolheu entrevista semiestruturada, ou seja, foi empregue um guião de entrevista que é um procedimento de recolha de informação utilizado na investigação qualitativa onde o investigador efetuou visitas constantes ao serviço de saúde mental do HBS de modo a agendar as entrevistas. O guião, em apêndice I, foi utilizado para recolher as informações, e também surge como um meio para o entrevistador se organizar para comunicar com o entrevistado.

A entrevista sendo um instrumento de recolha de informação, constitui um utensílio primordial no processo de investigação. Permite recolha de opiniões e ideias dos entrevistados. A entrevista foi realizada de acordo com as normas éticas da investigação, respeitou-se todos os preceitos na medida em que foi realizada num ambiente calmo e propício, cumpriu o tempo estipulado e foi pouco exaustivo.

O Guião de entrevista foi elaborado pela investigadora, em conjunto com o orientador. Apresenta um total de 11 perguntas abertas, que vão ao encontro com dos objetivos, e a validação do guião foi feita através da seleção de três (3) pessoas. A coleta foi realizada no período de maio a junho de 2019. Para a análise dos dados foi seguido o caminho metodológico: ordenação, classificação e análise final dos dados proposto por Bardim, (2002).

Com este guião procura-se, obter dados que permitissem responder à questão de investigação de estudo. Com a realização da entrevista o investigador entre em contato com diversas informações o que ajuda na realização do seu trabalho permitindo uma análise detalhada.

2.3 População alvo

Os participantes do estudo foi selecionado de acordo com a população de estudo da temática, que nesse caso se constituia por familiares de ppdm que se encontravam internados no serviço de saúde mental do HBS no período de maio a junho de 2019, a quando da realização da investigação (havia um, total de onze ppdm internados). Na impossibilidade de estudar a totalidade dos familiares as ppdm internados no serviço e atendendo ao princípio de saturação das informações colhidas, entendeu-se ser adequado selecionar oito (8) familiares que fazem parte do dia-a-dia do portador de transtorno mental, e que obedeceram aos seguintes critérios de inclusão: estar vinculado ao grupo de familiares dos utentes internados no serviço de saúde mental na data da entrevista, aceitar participar por livre e espontânea vontade; ter idade igual ou superior aos 18 anos;

Já no critério de exclusão: familiares que não comparecerem a reunião de entrevista agendada (dois), pessoas que disstiram de participar no meio da investigação (um).

Esta pesquisa foi realizada através de uma visita ao serviço de saúde mental do Hospital Dr.º Batista De Sousa, onde se conheceu as famílias dos doentes internados pediu-se a autorização e depois foram contactados nas suas residências. Nesse sentido pediu-se autorização as famílias para a entrevista, e foi-se explicado qual o objetivo dessa entrevista.

Os sujeitos do estudo foram familiares dos doentes internados no serviço de saúde mental do HBS. Neste modelo de atenção que atende prioritariamente utentes portadores de transtornos mentais, o usuário participa de seu projeto terapêutico e, inclui-se ainda a participação da família e da comunidade, já que a doença não é vista como algo individual.

2.4 Campo Empírico

Esta investigação decorreu no Serviço de Saúde Mental e Psiquiatria do HBS localizada na ilha de São Vicente Cabo Verde. Situado no antigo hospital que se encontra logo atrás do atual HBS. É constituído por dois compartimentos, em que no primeiro compartimento, encontram-se os consultórios dos psiquiatras, psicólogos e o gabinete do Enfermeiro chefe. Dois dos consultórios são para consultas do campo da psicologia, e os outros dois são para os psiquiatras.

O segundo compartimento é maior, tem um pequeno pátio; uma sala, onde são realizadas reuniões e atividades múltiplas; um gabinete para os profissionais de serviço, os enfermeiros de turno e os auxiliares; uma casa de banho para os profissionais do serviço; a copa; a enfermaria de SM, que é constituída por duas enfermarias, sendo um só para o sexo masculino e o outro para o sexo feminino, cada uma possui uma casa de banho cinco camas, somando ao todo, dez camas na enfermaria do serviço SM.

Em relação aos recursos humanos, o sector contem 5 enfermeiros, 4 de turnos e 1 enfermeiro chefe, 3 psicólogas, 2 psiquiátricos, e 4 auxiliares, somando assim 14 funcionários no geral.

2.5 Procedimentos Éticos e Legais

Os procedimentos éticos e legais consistem num conjunto de ações que são realizadas de modo a garantir o sigilo e a privacidade dos participantes do estudo uma vez que o estudo visa adquirir informações confidenciais.

O projeto foi submetido à avaliação segundo normas da Universidade do Mindelo. Foram respeitados os aspetos éticos referentes à pesquisa com seres humanos.

Foram seguidas todas as regras necessárias, sendo que a investigação no campo clínico só se iniciou com autorização do HBS. Essa autorização foi concebida mediante a entrega de um requerimento a direção do HBS (apêndice nº II).

Após a autorização para recolha de informações dada pelo Superintendente de Enfermagem do HBS e da Enfermeiro chefe de Saúde mental, foi efetuado o contacto inicial com os enfermeiros explicando o objetivo geral da investigação solicitando a sua colaboração para a colaboração nesse estudo.

Respeitou-se a identidade e a privacidade de todos os familiares inquiridos, sendo que em nenhum momento se revelou as suas identidades nem dados pessoais. As informações colhidas serão utilizadas apenas para o presente estudo, estando assim salvaguardado a sua privacidade e o compromisso de proceder a sua destruição após a conclusão do estudo. As famílias que foram entrevistadas receberam toda a informação sobre a investigação e seus objetivos e assinaram o Termo de Consentimento Informado (apêndice III) e disponibilizaram todas as informações de forma livre.

Neste sentido, as entrevistas em si foram realizadas de forma individual e confidencial. Foram atribuídos nomes fictícios aos mesmos, sendo identificados por E1, E2, E3.. assegurando, assim, o anonimato de cada sujeito entrevistado.

CAPÍTULO III - FASE EMPÍRICA

3. Apresentação e Interpretação dos dados

Uma vez finalizada a etapa da recolha de informações torna-se necessário fazer a análise e a interpretação dos resultados encontrados. Esta etapa possibilita a percepção dos achados da investigação feita ao longo desse percurso.

Para uma boa organização e compreensão dos resultados das pesquisas foi necessário criar categorias quatro (4) de modo a ter uma exibição de forma resumida e bem complacente da investigação. Essas quatro (4) categorias foram divididas em subcategorias, a primeira categoria foi dividida em duas subcategorias, a segunda foi dividida em uma subcategoria, e a terceira em duas subcategorias que serão apresentados num quadro abaixo referenciado para uma melhor interpretação.

E para análise das conversas dos entrevistados foi utilizado a matriz de análise de conteúdo de Bardin (apêndice IV).

Quadro 3 - Apresentação das categorias

| Categorias | Subcategorias |
|---|--|
| Categoria I: Tipo de doença do familiar | 1ª Subcategoria: Tempo que foi diagnosticado |
| | 2ª Subcategoria: Sentimento gerado na família |
| Categoria II: Medicamento utilizado pelo familiar | 1ª Subcategoria: Posologia |
| Categoria III: Aceitação do medicamento | 1ª Subcategoria: Dificuldade em casa na hora da medicação |
| | 2ª Subcategoria: Estratégias utilizadas em casa na hora da medicação |
| Categoria IV: Convivência com a recusa da medicação | |

Elaboração própria

3.1. Apresentação dos entrevistados

Antes da análise detalhada das categorias é importante a apresentação das informações básicas sobre a identificação dos participantes tendo sempre em atenção o sigilo e anonimato exigido durante a investigação.

Nesta caracterização geral dos entrevistados, consideramos pertinente destacar variáveis como idade, sexo, habilitação académica, profissão e estado civil. Tendo em conta que em Cabo Verde a mulher tem-se revelado um pilar fundamental na orgânica familiar, e que existe um número considerável de famílias lideradas por mulheres, relevamos de importância destacar a variável sexo na caracterização dos entrevistados, de modo a aferirmos o peso das mulheres na estrutura dos cuidados. Destacamos a idade e o nível académico visto considerarmos que, a partida, um adulto e uma pessoa com mais habilitações académicas estão melhor capacitados para perceber o fenómeno da doença mental, as implicações que a doença traz para toda a família o que pode potenciar melhores formas de abordar a problemática objecto deste estudo. Destacamos também a profissão visto uma pessoa empregada poder ajudar a sua família a nível dos custos, enquanto que, por exemplo, uma doméstica, pelo simples facto de estar sempre em casa, acaba por estar mais presente na vida daquele doente. Por último, relevamos o estado civil visto nos casais haver apoio mútuo para se cuidar do doente, apoio que não se regista quanto se trata de um solteiro.

Quadro 4- Caracterização Geral dos Entrevistados

| Entrevistados | Idade | Sexo | Habilitações académicas | Profissão | Estado civil |
|---------------|-------|-----------|-------------------------|--------------|--------------|
| E1 | 36 | Masculino | Licenciado | Professor | Solteiro |
| E2 | 25 | Feminino | Formação profissional | Rececionista | Solteira |
| E3 | 43 | Feminino | 4ª classe | Doméstica | solteira |
| E4 | 27 | Feminino | 12º ano | Operária | solteira |
| E5 | 50 | Feminino | Analfabeta | Cozinheira | Casada |
| E6 | 47 | Masculino | 5ª classe | Operário | Casado |
| E7 | 26 | Masculino | 12º ano | Segurança | solteiro |
| E8 | 24 | Masculino | Licenciado | Professor | Solteiro |

Elaboração própria

Foram entrevistados oito (8) familiares do serviço de saúde mental do HBS, quatro do sexo feminino e quatro do sexo masculino, com a faixa etária compreendida entre os 24 e os 50 anos de idade.

Referentes as habilitações acadêmicas: dois (2) são licenciados, um (1) com 9º ano, um (1) com 4ª classe, um (1) com 5ª classe e um (1) com 12º ano de escolaridade. No que se refere a profissão: dois (2) são professores, dois (2) operários, uma (1) cozinheira, um (1) segurança, uma (1) recepcionista e uma (1) doméstica. Em relação ao estado civil: seis (6) são solteiros, e dois (2) casados.

Relativamente a apresentação das informações passa-se a disposição das quatro (4) categorias: Categoria I; Categoria II, Categoria III e categoria IV.

3.2. Análise e interpretação das categorias

Categoria I - Tipo de doença do familiar

A primeira categoria foi definida com a intenção de analisar a percepção das famílias, acerca de tipo de doença do seu familiar, observa-se no discurso dos participantes, que alguns tem conhecimento da doença e outros não, para eles o problema do familiar é apenas comportamental, e tudo que o familiar faz é derivado desse desvio de comportamento. As falas a seguir demonstram o pensamento dos familiares:

Entrevistado 1,6 e 7: *“desvio de comportamento e caráter.”*

Entrevistado 2,5 e 8: *“Esquizofrenia.”*

Entrevistado 3: *“utilizando todos tipos de drogas.”*

Entrevistado 4: *“depressão.”*

A falta ou carência de informação que os familiares alegam ter parece ser proveniente do pouco envolvimento dos profissionais de saúde com as famílias das ppdm, durante as consultas e internamentos.

Neste sentido, argumentam Navarini e Hirdes (2008, pág.687) que [...] é possível perceber uma lacuna na área da saúde no que diz respeito às necessidades das famílias em situações de saúde ou de doença, o que demonstra que os profissionais não têm ainda a família como foco principal no tratamento”, uma vez que os profissionais de saúde, geralmente, apenas têm em consideração o que está acontecendo com a pessoa que sofre da doença mental e com a sua respectiva medicação (Nasi et al. cit. Por Almeida, Filipes e Dal Pizzo, 2011, pág. 45). Complementando, Pegoraro e Caldana

(2006, pág.570) postulam que “como agravante, raramente a família busca ou recebe informações”.

Reforça ainda a autora Romagnoli (cit. por Almeida, Filipes e Dal Pzzo, 2011, pág.45) que “as famílias quando chegam a saber o nome da doença mental não sabem o que ela significa.”

Subcategoria 1: tempo que se foi diagnosticado

Para além do tipo de doença foi importante analisar o tempo que se foi diagnosticado, das respostas pode-se perceber que são:

Entrevista 1: “*Não me lembro.*”

Entrevista 2: “*mês de junho de 2014.*”

Entrevista 3: “*no ano de 2014.*”

Entrevista 4: “*25 abril de 2019.*”

Entrevista 5: “*no mês de agosto de 2015.*”

Entrevista 6: “*mês de janeiro de 2013.*”

Entrevista 7: “*mês de julho de 2014.*”

Entrevista 8: “*no ano de 2014.*”

No que tange ao tempo de diagnóstico quatro (4) apontam para o ano de 2014, um (1) para o ano de 2013, um (1) para o ano de 2015, um (1) para o ano de 2019, e um (1) não lembra.

Dessas respostas obtidas e de perceber que as famílias do serviço da Saúde mental não conhecem bem o tempo de diagnóstico do seu doente, pois falam com problemas sobre esse facto e não apresentam algumas dificuldades em expor a data exata. Com isto é de concluir que estes familiares não tem capacitação suficiente para identificar o tempo de diagnóstico.

As famílias não se mostram interessadas no tempo que seu familiar foi diagnosticado com a doença, lembram-se do ano. Isso faz concluir que não se encontram muito preocupados com isso.

Subcategoria 2: sentimento gerado na família

Ainda nessa categoria quis conhecer o sentimento gerado na família, pois a família é atingida profundamente pelo sofrimento, sentimento que perpassa o seu viver em todos os níveis, tornando-se o companheiro de todas as horas, ao longo da trajetória da doença do familiar. O sofrimento manifesta-se de diferentes formas e intensidades, deixando marcas profundas no mundo da vida da família. O primeiro impacto é experimentado por ter conhecimento do diagnóstico. Os sentimentos de sofrimento e tristeza são companheiros constantes em todas as etapas do tratamento. Conforme pode-se ler nas transcrições a seguir:

Entrevista 1: *“minha mãe anda sempre triste, meu pai tem vontade de se matar, faz com que toda a família fica revoltado.”*

Entrevista 2: *“todos muito triste.”*

Entrevista 3: *“revoltada e triste.”*

Entrevista 4: *“impotente e triste.”*

Entrevista 5: *“Toda a família se encontra muito triste.”*

Entrevista 6: *“profunda tristeza.”*

Entrevista 7: *“Tristeza e raiva.”*

Entrevista 8: *“Triste”*

As percepções das famílias não fogem muito do que os autores veem como sentimento gerado, as famílias estão na linha de pensamento com que os autores já acima referenciaram no enquadramento teórico. São os familiares que passam mais tempo com essas utentes. Sendo assim pode-se perceber que o principal sentimento apresentado pelas famílias são raiva, tristeza e revolta.

Todas as respostas que obtivemos são praticamente iguais, não fazem nenhuma preparação psicológica as famílias dos doentes que dão entrada no serviço da Saúde mental do HBS, mesmo que estas já tenham passado pelos serviço algumas vezes e de grande importância que neste serviço também as preparem para o desconhecido, porque esta doença abala toda a família momento e pode também se tornar um pior momento na sua vida.

Conclui-se que é importante o conhecimento da família, no que se diz respeito a doença do familiar pois o sofrimento e a dor levam a família a assumir, como

um ser autêntico, esta realidade existencial. Quando o elo de união familiar se traduz em afeto e solidariedade, os vínculos familiares são reforçados, conferindo energia para seguir em frente e enfrentar o caminho imposto pela doença, (Borba, Schwartz & Kantorski, 2008).

Quando a família aceita a doença do seu familiar, alinha em todos os processos de tratamento, automaticamente faz com que o sofrimento diminua. Pois é importante que a família esteja envolvido nos cuidados dos seus portadores de doença mental.

Categoria II: Medicamento utilizado pelo familiar

Os familiares entrevistados reconhecem a importância dos medicamentos utilizados pelo seu membro familiar. Que é fundamental para os portadores de doença mental para melhoria da sua saúde. Os medicamentos ajudam o doente e seu familiar a ter um melhor controle da doença e a lidar melhor com a mesma. Os utilizados pelos membros dos familiares entrevistados são:

Entrevistados 2,5 e 8: “*Clorpromazina.*”

Entrevistados 1,4 e 6: “*Diazepam e antidepressivo.*”

Entrevistados 3 e 7: “*Não sei o nome.*”

No que se refere a medicação nota-se que seis (6) dos entrevistados sabem o nome do medicamento utilizado pelo familiar e dois (2) dos entrevistados não conhecem a medicação do seu familiar.

Dos medicamentos relatados pelos familiares entrevistados são de grande relevância para se poder entender se estão interagindo com o tratamento do seu doente. E de concluir-se que os familiares não estão bem informados sobre o assunto.

Nota-se que algumas das famílias não sabem o nome do medicamento utilizado pelo seu doente, sendo este um problema preocupante para a saúde do doente deve-se ter todo cuidado para que esta não desenvolva uma recaída, no que cabe ao familiar ter mais atenção nesse sentido.

Nesta fase os familiares estão vulneráveis, porque muitas não sabem lidar com esta fase da sua vida, umas por serem eles que assumem toda responsabilidade com seu doente, outras por não estarem preparadas para serem cuidadores dum doente mental, por vezes são tanto nome complicado do medicamento que dificultam a compreensão.

Subcategoria 1- vezes da tomada da medicação (posologia)

Procurou-se também saber se as famílias se lembram como o seu doente toma a medicação. A seguir o depoimento:

Entrevistados 2,5e8: “*Clorpromazina 3vezes dia.*”

Entrevistados 1,4 e 6: “*antidepressivo 1 vezes dia e diazepam a noite.*”

Entrevistados 3 e 7: “*Não me lembro.*”

Neste ponto aqui a familiares interagindo com o tratamento, porque uns alegam que já até decorarrem a hora da cada medicação, e outros alegam que não tem, a mínima ideia da hora da medicação do seu familiar e pelo que se pode observar não estão interagindo com o tratamento do seu doente.

Sobre esse aspeto constatou-se que algumas foram para a mesma linha de raciocínio, porque devido a pouca mão-de-obra por parte dos outros familiares não se consegue responder as necessidades do seu doente. E outros não fazem a mínima ideia do que estão a fazer.

Nota-se que a família também é um elemento fundamental no processo de saúde e doença do indivíduo, este precisa de apoio para poder dar a atenção que o seu familiar precisa. Sozinho não consegue dar respostas positivas uma vez que quando um elemento da família se encontra doente a estrutura familiar acaba por sofrer alterações, tanto a nível físico como a nível funcional e desempenho de papéis.

Categoria III: Aceitação do medicamento

Nesta categoria procurou-se analisar da aceitação da medicação, uma vez que um dos problemas mais frequentes do utente portador de doença mental é a aceitação do medicamento, muitos recusam o que leva o doente a ter várias recaídas e reinternamentos que não são benéficos para os doentes.

Entrevistados 3,4 e 8: “*aceita.*”

Entrevistados 1,2 e 6: “*não aceita.*”

Entrevistados 5 e 7: “*vezes aceita, as vezes não.*”

A preocupação com o bem-estar do seu familiar, pode ser constante na existência destes familiares. A aceitação destes familiares é importante pois muitas

vezes lidar com a recusa é complicado, a partir daí surge uma nova dinâmica no modo de agir dos familiares.

Para incentivar a adesão ao tratamento por parte do membro portador de doença mental, os familiares garantem que só não fazem melhor devido às circunstâncias que se encontram. Mas mesmo assim fazem aquilo que podem como na hora da medicação, utilizar o diálogo para influenciar o familiar a tomar a medicação.

Subcategoria 1: dificuldades em casa na hora da medicação

Ainda nessa categoria procurou-se analisar também as dificuldades em casa na hora da medicação são:

Entrevistados 3 e 4: *“Não tem.”*

Entrevistado 1: *“a agressividade.”*

Entrevistado 2: *“ela vai empurrando todo, vai derrubando.”*

Entrevistado 5: *“Agressão e falar alto.”*

Entrevistado 6: *“arremessa a medicação.”*

Entrevistado 7: *“gritos e torna agressivo.”*

Entrevistado 8: *“Agressão e arremesso do medicamento.”*

Os familiares relataram comportamentos tais como a presença de agressividade na hora da medicação, lidar com as dificuldades que se aprende no dia-a-dia com a convivência com o doente.

O tratamento tem grande influência no quadro clínico do ppdm, após a alta este deve seguir a terapêutica na íntegra e fazer sempre as consultas de rotinas e outras formas de tratamento que não sejam somente a farmacológica e seguir sempre as terapias de grupos, mas constata-se que os doentes não seguem a risca essas indicações e familiares as vezes também acabam por não procurar ajuda.

Mais uma vez fica claro a necessidade de um trabalho em conjunto, tanto do enfermeiro como da família para melhoria da adesão ao tratamento medicamentoso por parte ppdm. Após a análise fica visível que é preciso mais envolvimento de todos nesta questão que é também um problema de saúde pública. E fatores como recursos humanos, materiais, formações, pouca adesão e envolvimento por parte dos familiares acabam por interferir na saúde do ppdm.

Subcategoria 2- estratégias utilizadas em casa na hora da medicação

É importante saber também as estratégias utilizadas em casa na hora da medicação, uma vez que a doença muda a rotina com efeitos danosos sobre o funcionamento, com alteração na dinâmica familiar. Muitas vezes deixa de fazer as suas coisas para cuidar do doente, e na hora da medicação é sempre mais uma luta. Deixar o familiar tomar a medicação sozinho muitas vezes não é uma estratégia, tem que estar sempre presente. Como relatam o entrevistado.

- Entrevistados 3,4 e 8: “*Não utilizo.*”
- Entrevistados 1e 5: “*Deixar ele se acalmar.*”
- Entrevistado 6: “*deixar ele quieto.*”
- Entrevistado 7: “*Deixar ele no momento dele.*”

Nota-se uma situação de extrema preocupação, as famílias não mostram muita preocupação na hora de dar a medicação ao seu familiar, e o fato de ele não querer simplesmente faz com que a família deixe de dar a medicação e espera a hora que o seu doente aceitar.

Conclui que não há estratégias por parte dos familiares, isto torna a ser um problema porque deixar o seu familiar sem tomar a medicação por medo da agressividade, e por medo de pior mais comportamento do ppdm, acaba por originar problemas maior como o suicídio.

A partir destas apreciações feitas pelos familiares individualmente percebe-se que não há apoio pelos profissional de saúde que seria uma mais-valia para os beneficiários e repercute de alguma forma na melhoria da qualidade de vida da ppdm e das famílias. No entanto, este trabalho seria mais completo se houvesse uma interdisciplinaridade, onde os profissionais funcionassem como uma equipa, com o propósito de contribuir para um cuidado mais holístico.

Categoria IV: Convivência com a recusa da medicação

A família é atingida profundamente pela angústia, sofrimento, os sentimentos são companheiros em todas as etapas do tratamento, e na perspectiva acerca do futuro. A presença de um portador de doença mental faz com que os familiares mais próximos mergulhem num mar de dificuldades.

Visto que o medicamento faz parte do tratamento, e por vezes é o elo chave para o doente ficar melhor, quando recusa faz com que a família se sente impotente por não poder ajudar de forma geral o seu familiar. De tanto viver com essa situação os familiares já se sentem acostumados, com isso já não afeta muito segundo o relato dos entrevistados.

Entrevistados 1,2,3,5,6, e 7: *“tempo a gente se acostuma com isso.”*

Entrevistado 4: *“senti-mo frustrado por não conseguir resolver essa situação.”*

Entrevistado 8: *“já estamos a lidar melhor com isso.”*

Conclui-se que a maioria dos familiares não sabem como agir com a situação da recusa da medicação. Não sabem se conformam, brigam ou colocam limites. Devem-se calar ou fingir aceitar a realidade do outro, tão estrangeira ao mundo habitual. Ficam na dúvida, se precisam afastar os outros familiares se explicam ou não para o restante da família o porquê dessa situação. Muitas vezes não ter conhecimento da doença, não ajuda a compreender o porque dessa situação. A família se sente tão perdida nesse mundo como o portador de doença mental.

Entendo que, antes de propor uma assistência, o profissional de saúde deve determinar o estado real das necessidades da família, o alvo dessas necessidades e as estratégias para sua satisfação. Para isso, ele precisa envolver a família na promoção da adesão do tratamento medicamentoso. Uma vez que é a família que acaba por ficar com o papel de cuidador do doente.

3.3. Discussão dos resultados

Após o tratamento e análise detalhada dos dados recolhidos é necessário a discussão dos resultados, visando a explicação e compreensão dos dados, avaliando se os objetivos gerais e específicos foram atingidos.

Segundo as respostas obtidas das entrevistas efetuadas pode-se observar que os familiares sabem identificar uma dificuldade porque conhecem quando os comportamentos são fatores de risco, não sabem lidar com a situação que levam o doente a recusar a medicação. Mas os recursos e as informações que as famílias dispõem não são suficientes para que se possa dar respostas positivas aos tratamentos medicamentoso do ppdm.

Durante as entrevistas foram identificadas algumas das principais dificuldades que afetam o papel de cuidador da família, em que se notou que a falta de informação por parte dos profissionais de saúde.

Fazendo uma avaliação sobre o cumprimento dos objetivos propostos para este estudo pode-se afirmar que todos os objetivos traçados foram alcançados da melhor forma tendo por base a pesquisa bibliográfica feita e os resultados obtidos durante a pesquisa no campo empírico.

Relativamente ao objetivo geral: “Identificar as estratégias utilizadas pelas famílias para incentivar a adesão ao tratamento por parte do membro portador de doença mental”, verificou-se que a família podia fazer mais para melhorar a saúde do familiar e garantir que só não fazem melhor devido às circunstâncias que se encontram. Mas mesmo assim fazem aquilo que podem como na hora da medicação. Mais mostram que não há estratégias e nota que os enfermeiros não apoiam a família

O enfermeiro revela-se, assim, um elemento fundamental para intervir no sentido de promover a qualidade de vida, pois o mesmo possui técnicas e conhecimentos que poderão contribuir significativamente para a tomada de medidas de atenção à saúde tendentes a ajudar a família a melhorar as estratégias na hora da medicação do ppdm

É de grande importância o suporte dos familiares nesta fase sendo que o ppdm pode se sentir fragilizado, se sentindo excluído da sociedade, por isso tem-se que instruir os familiares a darem atenção a esta doente e ajuda-la em tudo que for necessário. O

acompanhamento psicológico por parte de um psicólogo faz-se importante para diminuir o impacto deste problema na vida da família e do doente.

Este objetivo foi cumprido na sua totalidade, porque durante o levantamento bibliográfico ficou claro que a família é de grande importância porque o familiar que acompanha o seu doente em todas as suas fases, principalmente a vertente de cuidador do ppdm.

O mundo da família é radicalmente modificado com a doença do familiar. A relação com o outro sofre alteração, surgem novos papéis, a articulação e a circulação no mundo familiar passa a ter novas regras, gerando, por vezes, uma mudança de toda a rotina familiar para cuidar do doente, afirmam, Hirdes e Navarini (2008, pág. 700).

Um dos primeiros objetivos específicos elaborados também foi alcançado, que é “Identificar as principais dificuldades com o membro portador de doença mental”, a dificuldade encontrada vai de encontro com as possíveis limitações que não dependem somente da família. Mesmo não estando devidamente preparados para lidar com ppdm tentam ao máximo prestar o melhor cuidado ao membro ppdm. As dificuldades evidenciadas foram lidar com a agressividade do familiar no momento da toma da medicação, marcado por arremesso da medicação, agressividade, gritos, e empurrões de tudo em casa. Nessa situação eles optam por não obrigar o doente a tomar a medicação e respeitarem a sua vontade.

O papel que a família exerce é muito importante e complicada, como o ppdm tende a ser agressivo e ter reações diversas, por medo que acontece algo pior acabam por se deixar de dar a medicação, que acaba por ser um problema maior. Essa tarefa está longe de ser fácil e a falta de informação podem atrapalhar é por isso que família precisam se informar sobre a doença para conseguir compreender o comportamento do ppdm.

A dedicação da família chega a ser tão integral que pode comprometer a sua vida pessoal, social e profissional. Ele é convocado a viver em função do paciente, exercendo o papel de cuidador uma função no qual não se sente preparado.

Este objetivo também foi cumprido na sua totalidade conseguindo identificar através da visão das famílias algumas das dificuldades com o ppdm na hora da medicação.

O segundo objetivo específico foi “conhecer como as famílias lidam com a recusa na toma do medicamento.” mas nem todos os familiares conseguiram responder da melhor forma porque alguns não conseguem reverter essa situação. O que faz com que isso seja uma situação de extrema preocupação.

Este objetivo também foi cumprido na sua totalidade conseguindo identificar através da visão dos familiares algumas dos problemas na hora da medicação com o ppdm, mas nem todos as famílias conseguiram responder da melhor forma porque alguns nunca conseguiram ultrapassar essa situação. De entre as recusas destacam-se que algumas das famílias simplesmente deixam-se de dar a medicação, mais nem todos outros utilizam técnicas aprendidas no dia-a-dia para reverter isso.

Desde há muito tempo a literatura revela-nos que o aparecimento da doença mental num membro da família faz com que esta família precise de ajuda para lidar com “... a culpa, a sobrecarga, o pessimismo e o isolamento social, que surgem do sofrimento que a loucura imprime, tanto para eles quanto para a pessoa que adoece” (Souza e Scatena, 2005, pág. 174).

Este objetivo também foi cumprido, conseguiu-se observar que o familiar não dispõe de recursos para dar respostas positivas na hora da recusa da medicação. Notou-se que há falta de informação suficientes sobre a importância da medicação

O último objetivo específico é o seguinte: “Conhecer as vivências dos familiares com membro portador de doença mental no que se refere a resistência toma da medicação”. Este objetivo também foi cumprido, a maioria dos familiares não sabe como agir com a situação da recusa da medicação, não sabem se conformam, brigam ou colocam limites.

Com este objetivo específico conseguiu-se identificar que algum familiar apresenta a tristeza como o principal vivência no seu dia-a-dia, em que a comunicação é afetada dificultando assim a aproximação da família com o doente.

Nesta fase a família do ppdm está deixando que o tempo resolve todos os problemas encontrado na hora da medicação, fazendo assim com que eles estejam se acostumando com essa situação, pondo em risco também a saúde de toda a família.

Pode constatar-se que tanto o enfermeiro como as famílias são elementos importantíssimos para que o utente tenha as suas necessidades satisfeitas e recupere a sua saúde. Observou-se ainda que a falta de informação sobre a doença dificulta uma maior envolvência dos familiares no processo de saúde e doença dos portadores de doença mentais.

Estes dizem mesmo sem conhecimento da doença, que acreditam na sua capacidade e que têm vindo a ajudar a lidar com as dificuldades encontradas, e a prevenir de certas situações inesperadas com os ppdm.

Afirmam Brussula, Oliveira e Volpato (s/d, p. 14) que geralmente, tais barreiras aumentam quando a família com baixos recursos económicos e, que essas dificuldades vão acumulando principalmente quando: o cuidador não consegue conciliar o cuidado ao ppdm com um emprego, existe más condições habitacionais, a alimentação é insuficiente, não possuem acesso a educação e saúde de qualidade. Isto, não acontece às famílias que possuem recursos económicos, pois, por exemplo, podem contratar uma pessoa que a ajude no cuidado ao portador da doença mental e arcar com os custos necessários ao tratamento da ppdm.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesta fase o objetivo pretendido é uma breve reflexão acerca do tema retratado, dados obtidos e observações efetuadas. As transformações ocorridas na área da saúde, a introdução de tecnologias cada vez mais sofisticadas e o desenvolvimento de novas técnicas têm gerado inúmeros ganhos aos sistemas de saúde.

Com este trabalho pretendeu-se reconhecer a importância da família na promoção da adesão ao tratamento medicamentoso dos utentes portadores de doença mental. Concluindo, os resultados deste estudo apontam para a devida importância dos cuidados de enfermagem junto família do portador de transtorno mental. O cuidar envolve todos os profissionais de saúde uma vez que esse cuidar é a intenção comum.

A doença mental influenciam a vida do ser humano, acabando por dificultar o desempenho pessoal e profissional. É um problema de saúde pública que a cada dia que passa aumenta, onde os casos de pessoas que são acometidas e as consequências são graves e muita das vezes levam a morte do indivíduo. Esta situação deve ser encarada com muita responsabilidade uma vez que é a saúde da pessoa que esta em questão.

Cabe ao profissional de saúde uma preparação importante que permita que este preste os cuidados essenciais para manter a saúde do seu doente. Sendo o enfermeiro o profissional de saúde mais próximo do doente, este precisa de capacitação técnico-científico para ajudar os doentes na satisfação das suas necessidades e na melhoria da sua saúde. Nota-se que a família também é um elemento fundamental no processo de saúde e doença do indivíduo, este precisa de apoio para poder dar a atenção que o seu doente precisa. Sozinho não consegue dar respostas positivas uma vez que quando um elemento da família se encontra doente a estrutura familiar acaba por sofrer alterações, tanto a nível físico como a nível funcional e desempenho de papéis.

Relativamente ao trabalho que foi desenvolvido pode se dizer que os objetivos foram alcançados na íntegra na medida em que pudesse observar que as famílias influenciam na melhoria da saúde do portador de doença mental. Consegui saber quais as dificuldades que a família tem em casa na hora da medicação do seu doente, e a vivências dos familiares com essa situação. Concluiu-se que há limitações nas práticas dos cuidados por parte dos familiares e que os cuidados poderiam ser melhores se houvesse mais conhecimentos e mais envolvimento dos familiares no processo de saúde e doença dos indivíduos.

Houve algumas dificuldades pessoais no desenvolvimento do trabalho, pois qualquer trabalho do tipo tem as suas implicações e investigação é uma tarefa que exige muito do investigador, mas foram ultrapassadas ao longo do trabalho. Espera-se que o trabalho não fique somente nessa etapa que seja aprofundado noutras fases e que sirva de base para futuros trabalhos académicos. Para finalizar sugere-se algumas propostas que se forem levadas em consideração contribui muito para melhoria dos cuidados de saúde em geral.

Propostas e sugestões:

- Desenvolver atividades em que os familiares participem com mais intensidade para estes sentirem que são muito importantes na recuperação dos seus familiares e formação para os familiares cuidarem dos seus utentes;
- Explicar para os familiares qual tipo doença do seu familiar, quais são os sinais da doença e como agir em situação de crise;
- Necessidade de os psiquiatras terem mais contato com as famílias, para ajudar no que diz respeito com o lidar com a indiferença do seu familiar portador de doença mental.
- Incentivar o envolvimento dos familiares para o processo de promoção ao tratamento medicamentoso dos utentes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Afonso, P (2002). *Esquizofrenia - Conhecer a Doença*. 2ª Edição Lisboa: Climepsi Editores.
- Almeida, A. C. M. C. H.; Filipes, L.; Dal pozzo, V. C. (2011). O impacto causado pela doença mental na família. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, Vol.6, nº pág. 40.
- Adriana, I.M, Cristina, S.M, Bruna, P.C.M, & Kelly, G.G.V (2015). Adesão, conhecimento e dificuldades relacionados ao tratamento farmacológico entre pessoas com esquizofrenia. *Revista Eletrónica*. Vol.5, nº 20.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2002). DSM-IV-TR: *Guia de referência rápida para os diagnósticos*. Lisboa, Climepsi – Editores.
- ASSOCIAÇÃO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL - A PONTE (2013). *Estigma, doença e saúde mental*. Associação de Promoção da Saúde Mental, Praia, Tipografia Santos.
- ASSOCIAÇÃO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL- A PONTE, (2012), *Depressão, O que eu sei pode ajudar*, 1º Edição, Praia.
- Belini, M. G.; Hirdes, A. (2006). Projeto Morada São Pedro: Da Institucionalização à Desinstitucionalização em Saúde Mental. *Texto Contexto de Enfermagem, Florianópolis*, Vol.15.
- BORBA, I. O.; Schwartz E.; Kantorski, L. P. (2008). A sobrecarga da família que convive com a realidade do transtorno mental. *Acta Paul Enfermagem*; Vol. 21 n.º 4, pág. 588.
- Borba, O. L., Paes, R. M, Guimaraes, N.A, Labronici, M. L, & Maftun, A. M (2018). A família e o portador de transtorno mental: dinâmica e sua relação familiar. *Revista escola de enfermagem USP*.
- Bulechek Howard; K. Butcher; Joanne McCloskey Dochterman (2010). *NIC: Classificação das Intervenções de Enfermagem*; 5ª Edição, Elsevier Editora.
- BRUSSULA, D. A.; OLIVEIRA, D. A. L.; VOLPATO, L. M. B. (Sem data). “O Trabalho do Assistente Social junto aos Portadores de Transtorno Mental e sua Respectiva Família.” [online]
<http://intertemas.unitoledo.br/revista/index.php/ETIC/article/viewFile/2169/2349>https://www.google.cv/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0CCYQFjABahUKEwjEio2Xl4XGAhXH_3IKHbDJAOC&url=http%3A%2F%2Fwww.bibliotecadigita

l.unicamp.br%2Fdocument%2F%3Fdown%3D46153&ei=vzR4VYSvL8f_ywOwk4O4Dg&usg=AFQjCNG5IUXcPImnDvjSu8R57GiP7kwjWA&bvm=bv.95039771,bs.1,d.ZGU&cad=rja 10/06/2015

Carvalho, A.; Carvalho, G. (2006). *Educação para a Saúde: Conceitos, Práticas e Necessidades de Formação*. 1ª Edição, Loures, Lusociência.

Cristóvão, A. S.; Martins, H.; Fernandes, N. (2012). *Enfermagem de saúde comunitária e da família*. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Lisboa.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, (2002), Propostas e recomendações, Retirado a 10 de maio de 2019 disponível em <http://www.dgsaude.pt/upload/membro.id/ficheiros/i005982pdf>.

Fazenda, I. (2008). *O puzzle desmanchado: Saúde Mental, contexto social, reabilitação e cidadania*. Lisboa: Climepsi Editores.

Favrod, J., Agnes, M., (2012), *Recuperar da Esquizofrenia*, Edições Técnicas e Científicas, Lusociências, Lda.

DSM-V-TR, (2012-2013), *Manual Diagnóstico de transtornos Mentais* 5ª edição, editora Associação brasileira psiquiatria.

Leite, S.N, Vasconsellos, M.P.C. (2003) *Adesão a terapêutica medicamentosa: elementos a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura*. Cad saude..

Pereira, M. E. C. (2000). A paixão nos tempos do DSM: *sobre o recorte operacional do campo da Psicopatologia*. In R. A. Pacheco Filho, N. Coelho Jr., M. D. Rosa (Orgs), *Ciência, pesquisa, representação e realidade em psicanálise*. São Paulo: Casa do Psicólogo/EDUC.

Pereira, M. E. C., (2001), Kraepelin e a criação do conceito de “Demência precoce”, *Revista Latino americana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, Vol. IV, n. 4, p. 164, dez. 2001.

PLANO NACIONAL DESENVOLVIMENTO SANITÁRIO, (2008), *reformular para melhor Saúde*, Vol. II, Praia 1ª Edição.

Russo, J., & Venâncio, A. T. A. (2006). Classificando as pessoas e suas perturbações: a “revolução terminológica” do DSM III. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, 9(3), 460-483.

HOSPITAL BAPTISTA DE SOUSA (2019). *Doentes internados no serviço de psiquiatria*. Dados Estatísticos, 2015-2019.

HOSPITAL BAPTISTA DE SOUSA (2019). *Doentes internados no serviço de psiquiatria*. Dados Estatísticos, 2013-2015.

Link E Phelan (2001). Relatório mundial de saúde. *Revista Latino americana de Psicopatologia Fundamental*.

Fortin, M. F.; Côte, J. e Fillion, F. (2009). *Fundamentos e Processos de Investigação*. 1º Edição. Loures, Lusodidacta.

Giacon, B. e Galera, S. (2006). Primeiro episódio da esquizofrenia e assistência de enfermagem. *Rev. esc. enferm. USP* [online]. vol.40, n.2, pág. 286. Acesso em 1 maio em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342006000200019&script=sci_abstract&tlng=pt

Gomes, M. F. P.; Martins, M. M. e Amendoeira, J. (2011). As famílias com doentes mentais. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, vol.5, pág. 53.

Hanson, S. M. H. (2005). *Enfermagem de cuidados de saúde à família: Teoria, Prática e Investigação*. 2ª Edição, Portugal, LUSOCIÊNCIA.

Laverack, Glenn (2008). *Poder e empoderamento*. 1ª Edição, Loures, LUSODIDACTA.
WORLD ORGANIZATION (WHO). *Adherence to long term therapies: evidence for action (text on the internet)*. Geneva; 2003 (cited 2007 nov.23).

Mendes, M. L. S. (2004). Mudanças Familiares ao Ritmo da Doença: *As Implicações da Doença Crónica na Família e no Centro de Saúde*. Braga. Tese de Mestrado (Não publicada).

Menezes, E. M.; Silva, E. L. (2005). *Metodologia da Pesquisa e Elaboração de Dissertação*. 4ª Edição, Florianópolis.

Matos, A., Pontes, K. Pereira, A. (2014). *Revisão teórica da esquizofrenia e implicações causadas pela doença na vida do portador e dos familiares*. III Congresso Nacional de Pesquisa em Ciências Sociais Aplicadas. Campus de Francisco Beltrão.

ENFERMAGEM NA PROMOÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DA PESSOA COM ESQUIZOFRENIA

81[online]http://cacphp.unioeste.br/eventos/conape/anais/iii_conape/Arquivos/Artigos/Artigoscompletos/MEDICINA/12.pdf 10-05-19

MINISTÉRIO DA SAÚDE DE CABO VERDE (2009). *Tornar a Saúde Mental uma prioridade nacional*. Plano Estratégico de Saúde Mental (2009-2013). Acesso em 6 maio 2019, em <http://www.minsaude.gov.cv/>.

MINISTÉRIO SAÚDE BRASIL, (2003), *Profissionalização de Auxiliares de enfermagem, Cadernos do Aluno*, 2ª edição Brasília.

Moreira, L. H. O.; Felipe, I. C. V.; Goldstein, E. A.; Brito, A. P. e

- Costa, L. M. (2008). A inclusão social do doente mental: Contribuições para a enfermagem psiquiátrica. *Inclusão Social, Brasília*, v. 3, n. 1, pág. 41.
- Navarini, V. e Hirdes, A. (2008) A família do portador de transtorno mental: identificando recursos adaptativos. *Texto Contexto Enferm, Florianópolis*; v.17, n.4, pág. 683.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (2001). *Saúde Mental: Nova Conceção, Nova Esperança. Relatório sobre a Saúde no Mundo*. Acesso em 15 maio 2019, disponível em <http://www.acs.min-saude.pt/files/2008/03/rel-mundial-sm-2001.pdf>.
- Silva, C. M. M. O. V. (2004). *Família, Doença Mental e Reabilitação Psicossocial*. Dissertação de Mestrado (Não Publicada). Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Sadigursky, D. (2002). A enfermeira na equipe transdisciplinar de saúde mental. *Revista Baiana de Enfermagem*, Salvador. Vol. 7, n.3, pág. 50.
- Stanhope, M.; Lancaster, J. (1999). *Enfermagem Comunitária: Promoção de Saúde de Grupos, Famílias e Indivíduos*. 4ª Edição, Lisboa, Lusociência.
- Souza L. e Coutinho E. (2006). Fatores associados à qualidade de vida de pacientes com esquizofrenia. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. Acesso em 13 maio 2019 em <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v28n1/a11v28n1.pdf>
- Spadini, L.S. & Souza, M.C.B. M. (2006). A doença mental sob o olhar de pacientes e familiares. *Revista Esc Enfermagem USP*; 40(1):123-7. Acesso em 07 maio 2016, em <http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/228.pdf>.
- Townsend, M. C. (2011). *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica: Conceitos de Cuidados na Prática Baseada na Evidência*. 1ª Edição, Portugal, Lusociência
- Vasconcelos, M. E., (2002), *Saúde Mental e Serviço Social, O desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade*, Edição 2ª, São Paulo, Cortez.
- PROTOCOLO PSIQUIATRIA DNS (2017). *Protocolo terapeutica em psiquiatria*. Vers 1.

APÊNDICE

Apêndice I- Guião de Entrevista com as Famílias da ppdm

TÍTULO:” A Família e a promoção de adesão ao tratamento medicamentoso em utentes portadores de doença mental: Intervenção do enfermeiro”.

A) Entrevista:

1. Idade:
2. Sexo: Feminino () Masculino ()
3. Habilitações académicas:
4. Profissão:
5. Estado civil:

B) Formulação da entrevista

1. Qual a doença do seu familiar?
2. A quanto tempo que foi diagnosticado?
3. Qual foi o seu sentimento quando tiveste conhecimento do diagnóstico?
4. Qual o medicamento que seu familiar utiliza?
5. Quantas vezes por dia ele toma o medicamento?
6. Normalmente o seu familiar aceita a medicação? Ou oferece resistência?
7. Quais as estratégias utilizadas em casa para incentivar o seu familiar a tomar os seus medicamentos?
8. Quais a dificuldade tem em casa com o seu familiar, na hora da toma da medicação?
9. Como que lidas com a recusa da medicação do seu familiar?
10. Como tens vivido com essa situação?
11. Tens mais alguma coisa a acrescentar?

Apêndice II – Requerimento

Apresentado
Dai conclusões do
Responsável do Serviço de
Saúde Mental
Mindelo
10/04/2019

A Superintendente de
Saúde Mental
8.4.2019

Exma. Senhora Diretora, do Hospital Batista De Sousa

São Vicente

Dra. Ana Brito

Mindelo, 5 de abril de 2019

Assunto: Recolha de informações para realização da Monografia do Final de Curso.

Dúnia Micaela Da veiga Andrade nº3820 do 4º Ano do curso de Licenciatura em Enfermagem na Universidade do Mindelo vem por este meio mui respeitosamente informar a vossa excelência que neste momento encontra-se a realizar o seu trabalho de conclusão de curso sob o tema “Promoção de adesão ao tratamento medicamentoso em utentes portadores de doença mental: Intervenção do enfermeiro.”

O referido trabalho tem como objetivo geral: Identificar as estratégias utilizadas pelas famílias para incentivar a adesão ao tratamento por parte do membro portador de doença mental, e os objetivos específicos: identificar as principais dificuldades da famílias com o membro portador de doença mental no que se refere a adesão ao tratamento; conhecer como as famílias lidam com a recusa na toma de medicamento por parte do membro portador de doença mental; conhecer as vivências dos famílias com membro portador de doença mental no que se refere a resistência a toma da medicação.

Nesse sentido vêm-se por este meio solicitar a autorização necessária para proceder a recolha das informações necessárias junto aos enfermeiros do Hospital Batista de Sousa.

Informa-se ainda que a recolha de dados será feita mediante a aplicação de um guião de entrevista devidamente validado para o efeito e que o mesmo atenderá a todos os preceitos éticos inerentes aos trabalhos do género.

Sem mais do momento,

Subscreve-se com a mais alta consideração, na expetativa de uma resposta favorável,

A requerente,



HOSPITAL DE SÃO VICENTE
ENTRADA Nº 288 - 8.4.19
Dúnia Andrade
H. Andrade

SuaLy Reis
05.04.19

Contacto do estudante: 00238 5877209

Apêndice III- Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSETIMENTO LIVRE e ESCLARECIDO

No âmbito do trabalho de conclusão de curso da Licenciatura em Enfermagem na Universidade do Mindelo a aluna, Dúnia Micaela da veiga Andrade nº3820 pretende realizar um estudo intitulado “**_A Família e a promoção de adesão ao tratamento medicamentoso em utentes portadores de doença mental: Intervenção do enfermeiro**”. Neste sentido, gostaria de ouvir as suas opiniões sobre o tema em estudo pelo que se solicita a sua participação para o mesmo.

Informa-se que a sua participação na investigação é livre e voluntária, podendo desistir a qualquer momento. A sua tarefa consiste em responder algumas questões pelo que as suas respostas sinceras serão de mais-valia para o desenvolvimento do estudo.

Informa-se ainda, que as respostas serão gravadas em áudio, e usadas somente neste estudo pelo que o material colhido será destruído após o uso no estudo. Garante-se ainda a confidencialidade dos dados colhidos e a garantia do anonimato tanto no decorrer e como após o estudo.

O estudo não comporta qualquer risco, porém, no que diz respeito às vantagens poderá – me ajudar a realizar o trabalho e alcançar os objetivos.

Este documento apenas deverá ser assinado no caso de todas as suas dúvidas referentes à participação no estudo já tiverem sido esclarecidas. E caso houver alguma dúvida e necessite de alguma explicação não hesite em perguntar antes de autorizar a participação no estudo. A assinatura no presente documento representa seu consentimento para participação.

Eu, _____ declaro que aceito participar no estudo por minha livre e espontânea vontade.

Assinatura do(a) participante

Assinatura do pesquisador

Mindelo, maio,2019

Apêndice IV- matriz de análise de conteúdo de Bardin

Entrevistado:

Local da entrevista/meio de entrevista:

Duração da entrevista:

| Tema | Categorias | Subcategorias | Indicadores/unidades de registo | Unidades de Contexto |
|------|-----------------------------------|---------------|---|---|
| | Tipo de doença do familiar | | <p><i>desvio de comportamento e carater.</i></p> <p><i>Esquizofrenia</i></p> <p><i>utilizando todos tipos de drogas</i></p> | <p>“Não sei explicar direito qual a doença do meu irmão, segundo psiquiatra é desvio de comportamento e carater. O fato de ele utilizar drogas, não considero ele toxodependente, ele comporta de maneira inapropriado mesmo quando não está sobre efeito de drogas, ele engana e manipula a família e comporta de maneira estranho (E1).</p> <p>A minha prima tem esquizofrenia, eu sei disso porque ela tem uns comportamentos esquisitos que fez com que o pai levasse ao serviço de saúde mental, e la teve conhecimento da doença (E2).</p> <p>Minha filha começou a ter uns comportamentos estranhos, envolvendo com má campanha e utilizando todos tipos de drogas (E3). Minha mãe nos últimos tempos,</p> |

| | | | | |
|--|--|--|--------------------------------------|---|
| | | | <i>depressão</i> | <i>começou a se isolar das pessoas, fechando no quarto e não conversando com as pessoas. Dai tive necessidade de levar ela no serviço de saúde mental, aonde na conversa com o psiquiatra tive conhecimento que ela tinha depressão (E4).</i> |
| | | | <i>Esquizofrenia</i> | <i>Meu filho tem esquizofrenia (E5).</i> |
| | | | <i>com problema de comportamento</i> | <i>Não sei direito a doença da minha mulher, mais no que eu tenho conhecimento tem haver com problema de comportamento (E6).</i> |
| | | | <i>desvio de comportamento</i> | <i>Segundo os psiquiatras o problema do meu tio é desvio de comportamento (7).</i> |
| | | | <i>esquizofrenia</i> | <i>Meu avo tem é esquizofrenia (E8).</i> |
| | | | | <i>Meu avo começou a ter uns comportamentos, agindo de maneira estranha não reconhecendo a família, a principio minha mãe achou que era gozo da parte dele, ate que os sintomas foram piorando, assim fez</i> |

| | | | | |
|--|--|-----------------------------|--|--|
| | | tempo que foi diagnosticado | <p><i>esquizofrenia</i></p> <p><i>no ano de 2014</i></p> <p><i>janeiro de 2013</i></p> <p><i>no mês de agosto de 2015</i></p> <p><i>25 abril de 2019</i></p> <p><i>no ano de 2014</i></p> <p><i>mês de junho de 2014</i></p> <p><i>Não me le minha mãe anda sempre triste, meu pai tem vontade de se matar, faz com que toda a família fica revoltado.</i></p> | <p><i>com que no ano de 2014 que não me lembro o mês nem data, fomos a procura de ajuda (E8).</i></p> <p><i>Tivemos necessidade de levar ele procurar ajuda no mês de julho de 2014 (E7).</i></p> <p><i>Foi no mês de janeiro de 2013 (E6).</i></p> <p><i>Meu filho começou a precisar de ajuda no mês de agosto de 2015, foi assim que foi diagnosticado (E5).</i></p> <p><i>Foi 25 abril de 2019(E4).</i></p> <p><i>Não me lembro bem mais tivemos necessidade de internar ela na granja no ano de 2014 (E3).</i></p> <p><i>Nos mês de junho de 2014 (E2).</i></p> <p><i>Não me lembro (E1).</i></p> |
|--|--|-----------------------------|--|--|

| | | | | |
|--|--|---|---|---|
| | | sentimento gerado na família | <p><i>toda muito triste</i></p> <p><i>revoltada e triste.</i></p> <p><i>impotente e triste</i></p> <p><i>Toda a família se encontra muito triste.</i></p> <p><i>profunda tristeza.</i></p> <p><i>Tristeza e raiva</i></p> <p><i>Triste</i></p> <p><i>diazepam e antidepressivo.</i></p> <p><i>Clorpromazina</i></p> <p><i>não sei o nome do</i></p> | <p><i>Ele não me deixa ter muito sentimento por ele, mais minha mãe anda sempre triste, meu pai tem vontade de se matar, faz com que toda a família fica revoltado (...) quando ele esta no momento de crise, dai faz com que a raiva aparece (E1).</i></p> <p><i>Sentimos todos muito triste por ela ter essa doença (E2).</i></p> <p><i>Me sinto revoltada e triste por ver minha filha nova nessa situação (E3).</i></p> <p><i>Me sinto impotente e triste por ver minha mãe nessa situação (E4).</i></p> <p><i>Toda a família se encontra muito triste (E5).</i></p> <p><i>Sentimento de profunda tristeza (E6).</i></p> <p><i>Tristeza e raiva (E7).</i></p> <p><i>Sentimos muito triste (E8).</i></p> |
|--|--|---|---|---|

| | | | | |
|--|--|--|---|---|
| | | | medicamento. | |
| | Medicamento utilizado pelo familiar | | <i>Diazepam e antidepressivo.</i> | <i>Ele utiliza diazepam e antidepressivo (E1).</i> |
| | | | <i>clorpromazina e complexo b.</i> | <i>(...) a acho que é clorpromazina, aquele comprimido branco (E2).</i> |
| | | | <i>diazepam e antidepressivo.</i> | <i>(...) não sei o nome do medicamento, mais é um comprimido branca (E3).</i> |
| | | | <i>Não sei o nome</i> | <i>(...) sei que é um comprimido para sono que é diazepam e para crise ele usa antidepressivo, não sei ao certo a utilidade do comprimido, que nunca me explicaram isso (E4).</i> |
| | | | <i>Clorpromazina</i> | <i>Ele toma clorpromazina e complexo b (E5).</i> |
| | | | <i>diazepam a noite e antidepressivo a tarde.</i> | <i>Ela toma um comprimido para dormir diazepam e antidepressivo (E6).</i> |
| | | | <i>antidepressivo 1*dia e diazepam a noite.</i> | <i>Não sei o nome do comprimido (E7).</i> |
| | | | <i>Clorpromazin 3*dia</i> | <i>O comprimido com o nome de clorpromazina (E8).</i> |
| | | | <i>Não me lembro</i> | <i>Toma antidepressivo 1*dia e diazepam a noite (E1).</i> |
| | | | <i>antidepressivo 1*dia e diazepam a noite.</i> | |
| | | | <i>Clorpromazina 3*dia</i> | |

| | | | | |
|--|--|--|---|---|
| | | Veze da tomada da medicação do familiar | <p><i>Clorpromazina 3*dia (E2).</i></p> <p><i>clorpromazina 3*dia</i></p> <p><i>Clorpromazina 3*dia</i></p> <p><i>não aceita a medicação.</i></p> <p><i>recusa</i></p> <p><i>aceita</i></p> <p><i>aceita</i></p> <p><i>momentos agitados não aceita a medição, mais quando esta tranquilo aceita.</i></p> <p><i>não aceita</i></p> <p><i>vezes aceita, as vezes não.</i></p> <p><i>aceita mais com muita guerra.</i></p> <p><i>Deixar ele se acalmar.</i></p> <p><i>Mimar</i></p> | <p><i>Não me lembro (E3).</i></p> <p><i>Minha mãe toma o antidepressivo 1*dia e diazepam a noite (E4).</i></p> <p><i>Clorpromazina 3*dia (E5).</i></p> <p><i>Ela toma diazepam a noite e antidepressivo a tarde (E6).</i></p> <p><i>Ele toma clorpromazina 3*dia (E7).</i></p> <p><i>Clorpromazina 3*dia (E8).</i></p> <p><i>Ele nos momentos de crise não aceita a medicação, torna-se agressivo e revoltado (E1).</i></p> <p><i>Ela recusa e torna-se agressivo (E2).</i></p> <p><i>Aceita sim sem problema (E3).</i></p> <p><i>Ela aceita sem crise (E4).</i></p> <p><i>Ele nos momentos agitado não aceita a medição, mais quando esta tranquilo aceita (E5).</i></p> <p><i>Quando ela esta</i></p> |
|--|--|--|---|---|

| | | | | |
|--|--|---|---|--|
| | | Estratégias utilizada em casa na hora da medicação | <i>Não utiliza</i> | <i>agressiva não aceita (E6).</i> |
| | | | <i>Não utiliza</i> | <i>As vezes aceita, as vezes não (E7).</i> |
| | | | | <i>Ele aceita mais com muita guerra (E8).</i> |
| | | | <i>deixar ela acalmar.</i> | <i>Deixar ele se acalmar e depois oferecer a medicação (E1).</i> |
| | | | <i>deixar ele quieto</i> | <i>Mimar ela e depois oferecer (E2).</i> |
| | | | <i>Deixar ele no momento dele.</i> | <i>Não utiliza porque ela aceita sem problema (E3).</i> |
| | | | <i>Não utilizo.</i> | <i>Não utiliza porque ela aceita (E4).</i> |
| | | | | <i>Nos dias que ele não aceita, deixar ela acalmar depois oferecer (E5).</i> |
| | | | | <i>Dias de crise deixar ele quieto e depois oferecer (E6).</i> |
| | | | <i>com a agressividade</i> | <i>Deixar ele no momento dele (E7).</i> |
| | | | <i>ela vai empurrando todo, vai derrubando.</i> | <i>Não utilizo porque ele aceita (E8).</i> |
| | | | <i>Não tem</i> | <i>Lidar com a agressividade era um da dificuldade mais comum nessas horas (E1).</i> |
| | | | <i>Não tem</i> | <i>(...) o dia-a-dia a gente convive com ela ali, a gente tenta</i> |

| | | | | |
|--|--|---|--|---|
| | | Dificuldade em casa na hora da medicação | <p><i>Agressão e falar alto</i></p> <p><i>arremessa a medicação.</i></p> <p><i>gritos e torna agressivo.</i></p> <p><i>Agressão e arremesso do medicamento.</i></p> <p><i>tempo a gente se acostuma com isso.</i></p> <p><i>me acostumei com isso e agora é esperar quando ele quiser.</i></p> <p><i>Com o tempo a gente se acostumei com isso.</i></p> <p><i>Já me acostumei.</i></p> <p><i>senti-mo frustrado por não conseguir resolver essa situação.</i></p> <p><i>Já estamos acostumados</i></p> <p><i>já estamos a lidar melhor com isso.</i></p> | <p><i>levar ela sempre numa boa, quando ela fica bastante nervosa quando ofereço a medicação, daí ela vai empurrando todo, vai derrubando (E2).</i></p> <p><i>Não tem (E3).</i></p> <p><i>Não tem (E4).</i></p> <p><i>Agressão e falar alto (E5).</i></p> <p><i>Ela arremessa a medicação (E6).</i></p> <p><i>Sai aos gritos e torna agressivo (E7).</i></p> <p><i>Agressão e arremesso do medicamento (E8).</i></p> <p><i>Com o tempo a gente se acostuma com isso (E1).</i></p> <p><i>Com o tempo se acostuma (E2).</i></p> <p><i>(...) já me acostumei com isso e agora é esperar quando ele quiser (E3).</i></p> <p><i>(...) sempre que tento ajudar, senti-mo frustrado por não conseguir resolver essa situação, é como estar</i></p> |
|--|--|---|--|---|

| | | | | |
|--|---|--|--|--|
| | | | <p><i>já estamos a lidar melhor com isso</i></p> | <p><i>plantando algo que não vai ter fruto no futuro (E4).</i></p> <p><i>Já me acostumei com isso (E5).</i></p> <p><i>Com o tempo a gente se acostumei com isso (E6).</i></p> <p><i>Já estamos acostumados com isso (E7).</i></p> <p><i>Agora já estamos a lidar melhor com isso (E8).</i></p> |
| | <p>Convivência com a recusa da medicação</p> | | | |